



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Nadmierna masa ciała - konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-
edukacyjne

Author: Karina Leksy

Citation style: Leksy Karina. (2013). Nadmierna masa ciała - konteksty
psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne. Katowice : Wydawnictwo
Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja
ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach
niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci
(nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Karina Leksy

Nadmierna masa ciała – konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2013

Analiza zgromadzonego materiału badawczego uświadomiła pilną potrzebę przeciwdziałania wszelkim przejawom negatywnych, krzywdzących zachowań wobec osób z nadmierną masą ciała, przede wszystkim w środowisku szkolnym, gdzie najczęściej obserwuje się niewłaściwe postawy, głównie w postaci przemocy werbalnej. Warto podkreślić, że dla osób dotkniętych dyskryminacją ze względu na masę ciała konsekwencje stygmatyzacji mogą okazać się bardzo poważne, stąd tak istotne jest uświadomienie i naświetlenie problemu również od strony społecznych postaw wobec osób otyłych oraz zmiana sposobu myślenia o otyłości w wymiarze globalnym.

Fragment *Zakończenia i wniosków*



**Nadmierna masa ciała —
konteksty psychospołeczne
i pedagogiczno-edukacyjne**



NR 3094

Karina Leksy

**Nadmierna masa ciała —
konteksty psychospołeczne
i pedagogiczno-edukacyjne**



Redaktor serii: Pedagogika
Katarzyna Krasoń

Recenzent
Marian Śnieżyński

Spis treści

Wstęp	7
Rozdział pierwszy	
Otyłość jako choroba współczesnej cywilizacji	17
1. Rozważania definicyjne na temat zdrowia i choroby	17
2. Nadwaga i otyłość — ustalenia definicyjne i typologiczne	25
3. Sposoby diagnozowania nadmiernej masy ciała	30
4. Nadmierna masa ciała — wyzwaniem dla zdrowia publicznego i promocji zdrowia	34
Rozdział drugi	
Uwarunkowania nadwagi i otyłości	43
1. Kultura masowa a etiologia nadmiernej masy ciała	43
2. Biologiczny kontekst nadmiernej masy ciała	51
3. Rola czynników psychologicznych w rozwoju nadwagi i otyłości	54
4. Styl życia współczesnego człowieka — główny „sprawca” epidemii otyłości	59
Rozdział trzeci	
Nadwaga i otyłość jako wyznaczniki psychospołecznego funkcyjono- wania człowieka w środowisku życia w świetle badań własnych	73
1. Nadmierna masa ciała z perspektywy doświadczeń społecznych osób oty- łych	73
2. Znaczenie nadmiernej masy ciała w obszarze funkcjonowania psycho- społecznego jednostki	105
3. Sposoby radzenia sobie z piętnem otyłości	112
4. Internet jako źródło wsparcia społecznego dla osób z nadmierną masą ciała	121

Rozdział czwarty

Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna w walce z nadwagą i otyłością jako istotny obszar działań instytucjonalnych i poza-instytucjonalnych	133
1. Profilaktyka nadwagi i otyłości w wymiarze indywidualnym i społecznym	133
2. Znaczenie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w kształtowaniu prawidłowej masy ciała	148
Zakończenie i wnioski	161
Bibliografia	165
Summary	179
Zusammenfassung	181

Wstęp

Pośród spraw ludzkich niższego rzędu nie ma dzisiaj i nie było nigdy w historii człowieczego losu sprawy ważniejszej od zdrowia...

A. Pawłucki¹

Rozwojowi pedagogiki, jako jednej z nauk o człowieku, towarzyszy od początku zjawisko wyłaniania się subdyscyplin szczegółowych, zwłaszcza różnorodnych kierunków i prądów pedagogicznych². Istotne w tym względzie staje się kryterium metodologiczne, według którego można wyróżnić pedagogikę ogólną i pedagogikę społeczną. Pierwsza z nich, będąca w pewnym sensie metapedagogiką lub ogólną filozofią wychowania, stanowi podstawę teoretyczną wszelkich subdyscyplin w obrębie systemu nauk pedagogicznych. Pedagogika społeczna natomiast akcentuje w swoim podejściu metodologicznym rolę i znaczenie środowiska jako istotnego czynnika kształtowania osobowości ludzkiej³. Ów sposób rozumienia omawianej dyscypliny, stanowiącej jednocześnie podwaliny pedagogiki zdrowia, jest bliższy podjętej problematyce, stąd też od pedagogiki społecznej należy rozpocząć teoretyczne rozważania dotyczące psychospołecznych i pedagogiczno-edukacyjnych kontekstów nadmiernej masy ciała.

Biorąc pod uwagę ustalenia definicyjne i sięgając równocześnie po klasyczne ujęcie polskiej pedagogiki społecznej, jej twórczyni, Helena Radlińska, określała ją jako „naukę praktyczną rozwijającą się na skrzyżowaniach nauk o człowieku, biologicznych i społecznych z etyką i kulturoznawstwem (teorią i historią kultury) dzięki własnemu punktowi widzenia. Można go

¹ A. PAWŁUCKI: *Rozważania o wychowaniu*. Gdańsk, AWF, 1994.

² B. ŚLIWERSKI: *Nowe konteksty (dla) edukacji alternatywnej XXI wieku*. Kraków, Impuls, 2001.

³ S. KAWULA: *Współczesne wyzwania i zadania pedagogiki społecznej*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne” 2004, nr 2 (30), s. 15.

najkrócej określić jako zainteresowanie wzajemnym stosunkiem jednostki i środowiska, wpływem warunków bytu i kręgów kultury na człowieka w różnych fazach jego życia, wpływem ludzi na zapewnienie bytu wartościom przez ich przyjęcie i krzewienie oraz przetwarzanie środowisk siłami człowieka w imię ideału”⁴. W opinii S. Kawuli, „jest to szerokie spektrum poznawcze i praktyczne, odnoszące się także do współczesnych wyzwań wobec pedagogów społecznych. Ograniczoność pola dociekań badawczych i praktycznych pedagogiki społecznej nie będzie miała miejsca wtedy, gdy obejmie się nią — oprócz wychowania — także opiekę, pracę socjalną i resocjalizacyjną oraz inne obszary życia człowieka”⁵. W związku z tym cytowany autor twierdzi, iż „pedagogika społeczna, opierając się na teorii środowiska i badaniach empirycznych, analizuje warunki i relacje, których źródłem są poszczególne komponenty środowiska oraz ustala zasady i określa metody jego przekształcania z punktu widzenia potrzeb wychowania i rozwoju jego podmiotów”⁶. Inaczej mówiąc, pedagogika społeczna skupia się na problematyce środowiskowych uwarunkowań procesów wychowawczych oraz na analizie warunków (czynników) umożliwiających zaspokajanie potrzeb rozwojowych człowieka (grup ludzkich) w różnych fazach jego życia i różnorodnych sytuacjach życiowych (w pracy, nauce, zabawie, czasie wolnym, miejscu zamieszkania, rodzinie, grupie rówieśniczej, towarzyskiej, działalności kulturalnej i w innych formach aktywności ludzkiej). Pedagogika społeczna jest więc zarazem pedagogiczną teorią i praktyką środowiska w tym sensie, że traktuje wszelkie instytucje społeczne, zarówno formalne, jak i nieformalne, jako środowisko ludzkiego życia i usiłuje dostrzegać w nich siły i dynamizmy lub sugerować im intencjonalność pracy wychowawczej oraz aktywizować zasoby i potencjały tego środowiska⁷. Nietrudno zatem zauważyć, iż zagadnienie środowiska życia jest w kontekście pedagogiki społecznej pojęciem kluczowym i obejmuje wszystkie możliwe konfiguracje elementów środowiska, w którym przebywa jednostka ludzka⁸.

Współczesna pedagogika społeczna, wychodząc naprzeciw konsekwencjom dokonujących się w Polsce systemowych zmian społeczno-ekonomicznych, staje przed wieloma nowymi zadaniami, w tym także związanymi z problematyką zdrowia⁹. W wyniku tego coraz wyraźniej widoczny jest

⁴ H. RADLIŃSKA: *Pedagogika społeczna*. Warszawa, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1961, s. 336.

⁵ S. KAWULA: *Rozważania o przedmiocie pedagogiki społecznej*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne” 2005, nr 2 (34), s. 22.

⁶ Ibidem, s. 24—25.

⁷ Ibidem.

⁸ E. MARYNOWICZ-HEŃKA: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, PWN, 2006, s. 54.

⁹ E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, s. 8.

nurt, zgodnie z którym wiele dyscyplin naukowych, nie tylko medycznych, poszerza swoje spektra badawcze o zagadnienia zdrowia i jego promocji. Słuszność zaobserwowanej tendencji potwierdza fakt, iż już niemalże pół wieku temu badacze społeczni wskazywali, że zagadnieniom związanym ze zdrowiem — nieodłącznym i niezwykle ważnym elementem życia człowieka — nie poświęca się w literaturze z zakresu nauk społecznych zbyt wiele uwagi¹⁰. Na przykład, A. Malewski¹¹ uważał, że sposoby uzyskiwania twierdzeń o zależnościach między różnymi warunkami, w jakich znajdują się ludzie, a ich postawami i zachowaniami medycznymi¹² prezentują się skromnie w porównaniu z innymi działami nauk społecznych zajmującymi się określonymi sferami zachowań jednostek i grup. Również F. Znaniecki twierdził, że badacze społeczni nie wykorzystują w pełni medycyny jako szczególnie ważnego obszaru owocnych studiów¹³. Warto jednak podkreślić, iż w klasycznej pedagogice społecznej H. Radlińskiej można odnaleźć zagadnienia wychowania dla spraw zdrowia, podejmowane głównie w aspekcie wychowania zdrowotnego jako składnika kultury zdrowotnej, w efekcie czego „silnie zaznaczyła obecność zagadnień zdrowotnych w pedagogice społecznej”¹⁴. U źródeł zatem współcześnie rozumianej pedagogiki zdrowia w znacznym stopniu leży sposób pojmowania pedagogiki społecznej przez H. Radlińską¹⁵, która podkreślała, iż dziedzina ta musi sięgać bezpośrednio do nauk biologicznych i lekarskich, akcentując, że w zestawieniu z pedagogiką leczniczą pedagogika społeczna korzysta z „badań nad zahamowaniami i skrzywieniami rozwoju indywidualnego, wprowadza dane o ich społecznych przyczynach, o możliwościach i sposobach zapobiegania im i wyrównywania”¹⁶.

Współcześnie zaszły zasadnicze zmiany w podejściu reprezentantów nauk społecznych w Polsce do problematyki zdrowia i zagadnień z nim

¹⁰ M. SOKOŁOWSKA, I. HOŁÓWKA, A. OSTROWSKA: *Socjologia a zdrowie*. Warszawa, PWN, 1976, s. 19.

¹¹ A. MALEWSKI: *Zagadnienia psychologii społecznej*. Warszawa, PWN, 1962.

¹² Przez „zachowania medyczne” rozumie się rodzaje działań związanych ze zdrowiem i z chorobą podejmowane przez jednostki. Podano za: M. SOKOŁOWSKA, I. HOŁÓWKA, A. OSTROWSKA: *Socjologia...*, s. 20.

¹³ F. ZNANIECKI: *Nauki o kulturze: narodziny i rozwój*. Przeł. J. SZACKI. Warszawa, PWN, 1971, s. 527.

¹⁴ E.A. MAZURKIEWICZ: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej. U źródeł zastosowań prakseologii w pracy socjalnej*. Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1983, s. 67. Podano za: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 7.

¹⁵ L. CHMAJ: *Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, 1963, s. 316. Podano za: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 32.

¹⁶ H. RADLIŃSKA: *Pedagogika społeczna...*, s. 364.

związanych¹⁷. Obecnie można zaobserwować dynamiczny rozwój nurtu badawczego, w którym problemy zdrowia i choroby traktuje się jako sferę zachowań społecznych warunkowanych nie tylko przez takie czynniki, jak: fakt choroby, funkcjonowanie placówek medycznych i oświaty zdrowotnej, ale także przez czynniki wchodzące w zakres zmiennych stratyfikacyjnych, kulturowych i psychologicznych¹⁸. Nurt ten stanowi ważny obszar zainteresowań pedagogiki zdrowia, której najnowsza, zaproponowana przez E. Syrek definicja brzmi następująco: „Pedagogika zdrowia jest subdyscypliną pedagogiki. Jej przedmiotem zainteresowań badawczych i analiz są społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia), ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego i umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej”¹⁹. W tym właśnie nurcie umiejscowione zostało zagadnienie nadmiernej masy ciała. Wydaje się bowiem, że ze względu na społeczno-środowiskowe uwarunkowania i konsekwencje nadmiernej masy ciała oraz potrzebę instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych działań na rzecz fizycznego i psychospołecznego zdrowia osób z nadwagą, jak również działań prewencyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem nabywania umiejętności sprzyjających zdrowemu stylowi życia, problem ten może stanowić jeden z niezwykle ważnych i aktualnych obszarów działania omawianej subdyscypliny pedagogiki. Warto w tym miejscu także podkreślić, iż pedagogika zdrowia posługuje się aparatem pojęciowym pedagogiki oraz terminami zaczerpniętymi z medycyny, biologii, psychologii, socjologii i innych nauk. Podejmując zatem zagadnienie znaczenia nadmiernej masy ciała dla zdrowia i funkcjonowania współczesnego człowieka, starano się zaprezentować przedmiotowe zjawisko również w sposób interdyscyplinarny, wykorzystując w szczególności dorobek nauk medycznych, a także socjologię zdrowia i choroby, psychologię zdrowia oraz społeczną psychologię środowiskową. Socjologia zdrowia i choroby zajmuje się badaniem „społeczno-kulturowych uwarunkowań stanu zdrowia i przyczyn chorób, ich następstw i konsekwencji w życiu społecznym”²⁰. Psychologia zdrowia

¹⁷ E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 5.

¹⁸ M. SOKOŁOWSKA, I. HOŁÓWKA, A. OSTROWSKA: *Socjologia...*, s. 20.

¹⁹ E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Sp. z o.o., 2009, s. 19.

²⁰ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 18–19.

z kolei jest definiowana jako „całokształt specyficznego, oświatowego, naukowego i profesjonalnego wkładu psychologii jako dyscypliny do promocji i utrzymania zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób, rozpoznania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji, a także do analizy i optymalizacji systemu opieki zdrowotnej i kształtowania polityki zdrowotnej”²¹. Społeczna psychologia środowiskowa natomiast „wzbogaca pedagogiczną wiedzę o wzajemnych relacjach człowieka ze środowiskiem i stwarza możliwości jej wykorzystania w badaniach i analizach związanych także ze środowiskowymi uwarunkowaniami zdrowia i choroby. Psychologia środowiskowa jest dyscypliną psychologii, która zajmuje się badaniem relacji i zależności między człowiekiem a środowiskiem fizycznym i społecznym”²².

Przez wiele dziesiętków lat nadwaga i otyłość były traktowane jako przejaw zdrowia oraz zadowalającego statusu społecznego. Sposób podejścia do tego zagadnienia uległ głębokiemu przeobrażeniu dopiero w okresie ostatnich dziesięcioleci, głównie za sprawą wyników badań epidemiologicznych i klinicznych, które dostarczyły dowodów potwierdzających ogromną rolę otyłości w powstawaniu szeregu współczesnych chorób²³. Nadwaga i otyłość traktowane są w społeczeństwie z jednej strony jako ukarane obżarstwo, z drugiej zaś — nadmiar masy ciała, szczególnie u dziecka, jest synonimem zdrowia. Pogląd ten ma swe korzenie w zamierzchłych czasach, kiedy to bieda, choroby powodowały wychudzenie, prowadząc nawet do śmierci, a nadmiar masy ciała kojarzono z dobrym stanem zdrowia, bogactwem i dobrobytem. W odległych czasach, gdy pożywieniem było mięso zwierząt i pokarmy roślinne, status osoby otyłej był przedmiotem zazdrości i pożądania współplemieńców. Według niektórych zabobonnych wierzeń tkanka tłuszczowa to siedlisko duszy, czarodziejskiej siły i uzdrawiającej mocy. W miarę postępu kultury i cywilizacji zanikł kult otyłości. Pojawiła się niechęć do zbyt obfitych kształtów i tendencja do ich zwalczania, o czym świadczą zapiski z okresu kultury egipskiej, kreteńskiej, greckiej, rzymskiej i hinduskiej. Dziedzictwo kulturowe i dokumenty okresu starożytności wskazują, że otyłość rozpatrywano jako problem społeczny i lekarski. W starożytnej Sparcie obowiązywała zasada, według której młody mężczyzna musiał utrzymywać wagę zgodną z obowiązującym standardem, w przeciwnym bowiem razie groziło mu wy-

²¹ C.L. SHERIDAN, S.A. RADMACHER: *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Przeł. A. DODZIUK. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1998, s. 31—46.

²² E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna...*, s. 43.

²³ J. PRZYŚLAWSKI, B. GRYGIEL: *Ocena sposobu żywienia grupy kobiet otyłych w okresie przed menopauzą i po menopauzie*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2003, T. 30, nr 1—2, s. 127.

pędzenie z miasta²⁴. Ta norma nie przekroczyła jednak nigdy granic samej Sparty. Szczupła sylwetka była modna zarówno na Krecie, jak i w Rzymie, o czym świadczą zachowane ścienne malowidła. Mimo to w starożytnym Rzymie osoby z nadmierną masą ciała stanowiły znaczny odsetek populacji. Wiele sławnych osób tamtych czasów można zaliczyć do tego grona, jak chociażby poetę Horacego, który był wybitnie otyły. Podobnie było w Atenach. Do otyłych zaliczyć można Sokratesa i Platona, co pozwala przypuszczać, że taka sylwetka nie była rzadkością²⁵.

Hipokrates, Galen i Areteusz z Kapadocji pisali o otyłości jako o problemie klinicznym i wyróżnili jej rodzaje: wodną i twardą. Otyłość twarda została uznana za wyłączny wynik przekarmienia, a w ramach leczenia zalecano głodówkę i wysiłek fizyczny. Hipokrates uważał, że otyli żyją krócej, a w leczeniu nadmiernej masy ciała zalecał ograniczanie jedzenia i zwiększenie aktywności ruchowej. W XVIII wieku natomiast zaczęły pojawiać się prace na temat otyłości. W 1752 roku Fleming opracował pierwszą poświęconą jej monografię. Cullen z kolei, w dziele z 1784 roku traktującym o podstawowych zasadach praktyki lekarskiej, wyraził pogląd, że otyłość dopiero wtedy jest chorobą, kiedy jest bardzo znaczna i powikłana dusznością lub niezdolnością do pracy. Haller w 1788 roku zwrócił uwagę na to, że otyłość częściej występuje w krajach ciepłych i wiązał to ze zmniejszoną produkcją ciepła przez ustrój. W końcu Tanner, w wydanej w 1867 roku *Praktyce medycznej*, sądził, że może być ona spowodowana nadmiernym spożywaniem węglowodanów. Naukowe podejście do otyłości rozwinął jednak dopiero w XIX wieku postęp chemii i biochemii. Pod koniec XIX wieku zaczęły pojawiać się naukowe publikacje na ten temat. W 1897 roku Duckworth opublikował monografię o otyłości, dokonując przeglądu tego zagadnienia w naukowy sposób. Otyłość jako wyraz nadmiaru zakumulowanej energii jest stanem, który archeolodzy i historycy zanotowali wcześniej niż lekarze. Zaburzenie to przez długi czas było też raczej zjawiskiem z zakresu obyczajów, religii czy regulaminów wojskowych. Medyczne rozumienie otyłości rozwijało się wraz z badaniami nad przemianą energii, regulacją metabolizmu i patofizjologią powikłań otyłości. Okazuje się jednak, że historia badań nad tym schorzeniem ciągle daleka jest od zakończenia. Powoduje to trudności w praktyce zapobiegania i leczenia otyłości typowe dla zaburzeń o niedokładnie określonej etiologii i patogenezie²⁶, pomimo że historia leczenia nadmiernej masy ciała sięga czasów starożytnych. Warto jednak zaznaczyć, że wśród wielu różnych zaleceń

²⁴ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004, s. 39–40; J. TATOŃ: *Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa, PZWL, 1985, s. 1.

²⁵ J. TATOŃ: *Otyłość...*, s. 1–2.

²⁶ Ibidem, s. 1–3.

mających na celu redukcję masy ciała rekomendacje dotyczące zwiększenia aktywności fizycznej i ograniczeń dietetycznych są aktualne do dzisiaj²⁷.

Współcześnie kwestia nadmiernej masy ciała stanowi bez wątpienia jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. Epidemia otyłości jest bowiem jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych, z jakim muszą się zmierzyć kraje wysoko uprzemysłowione. Jak pisze M. Konarzewski, „W skali światowej liczba ludzi otyłych lub zagrożonych otyłością już niedługo przekroczy liczbę ludzi cierpiących głód”²⁸. Jednakże, pomimo niepokojących sygnałów o stałej wzrostowej tendencji występowania nadwagi i otyłości wydaje się, że problem jest w dalszym ciągu niedoceniany. Prawdopodobnie taki stan rzeczy wynika z faktu, iż otyłość jest zaburzeniem zależnym od wielu czynników i że w opinii społecznej jest to wada charakteru wyrażająca się nałogowym, niepohamowanym jedzeniem, brakiem silnej woli, lenistwem itp. Dodatkowo, dotychczasowe wyniki leczenia są zdecydowanie negatywne w związku z efektem „jo-jo” i powrotami do wagi wyjściowej, nawet jeśli komuś udało się zrzucić parę kilogramów²⁹. A przecież nadwaga i otyłość nie są jedynie defektem natury estetycznej, lecz wiążą się z wieloma poważnymi konsekwencjami, głównie zdrowotnymi³⁰, ale nie tylko. Nie należy bowiem zapominać o innych problemach osób otyłych, chociażby takich jak: trudności z zakupem odpowiedniego ubrania, w znalezieniu właściwych mebli zarówno do mieszkania, jak i pracy, ograniczone możliwości podróżowania z uwagi na rozmiary siedzeń w samochodach i samolotach, czy wykonywanie codziennych czynności, jak ubieranie czy wiązanie butów. Ograniczenia te stają się przyczyną frustracji, narastającej depresji, a w skrajnych przypadkach mogą prowadzić do izolacji. Warto także zauważyć, że niejednokrotnie otyli są wyśmiewani, poniżani i dyskryminowani przez otoczenie, a nawet przez personel medyczny. Ponadto, wiele chorób towarzyszących otyłości, konieczność wysokospecjalistycznej opieki medycznej, niemożność podjęcia czy też kontynuowania pracy wiążą się ze znacznymi obciążeniami finansowymi chorego oraz systemu opieki zdrowotnej. Najistotniejsze jednak, że wszystkie wymienione aspekty tego schorzenia — medyczne, fizyczne, socjalne, społeczne i ekonomiczne — prowadzą do skrócenia spodziewanego okresu życia otyłych o ok. 10—15 lat w porównaniu z osobami o prawidłowej wadze ciała³¹.

²⁷ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 41.

²⁸ M. KONARZEWSKI: *Na początku był głód*. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy, 2005, s. 161.

²⁹ M. KROTKIEWSKI: *Epidemia otyłości*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15), s. 33.

³⁰ W. DRYGAS: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2, s. 51.

³¹ M.S. WYLEŻOŁ, M.S. PARDELA: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości*. „Wiadomości Lekarskie” 2003, nr 56 (3—4), s. 186.

Wymieniane w literaturze przedmiotu problemy szeroko rozumianego zdrowia i funkcjonowania osób z nadmierną masą ciała stały się motywacją do podjęcia własnych eksploracji w omawianym zakresie, tym bardziej że wiele doniesień dotyczy rzeczywistości Stanów Zjednoczonych. W związku z tym głównym celem podjętych badań stała się **diagnoza znaczenia nadmiernej masy ciała w psychospołecznym funkcjonowaniu osób w środowisku ich życia**. Przystępując do badań, sformułowano ogólny problem badawczy w postaci pytania: czy i w jaki sposób nadmierna masa ciała wyznacza funkcjonowanie psychospołeczne człowieka w środowisku życia?

W celu uzyskania odpowiedzi sformułowano pytania szczegółowe:

- z jakimi reakcjami społecznymi spotykają się osoby z nadwagą i otyłością?;
- czy nadmierna masa ma znaczenie dla dobrostanu psychicznego osób z nadwagą/otyłością?;
- czy doświadczenia społeczne związane z nadmierną masą ciała mają znaczenie w kontekście psychospołecznego funkcjonowania osób z nadwagą/otyłością?;
- w jaki sposób osoby z nadmierną masą ciała radzą sobie z negatywnymi reakcjami społecznymi?;
- jaką rolę odgrywa wsparcie społeczne, w tym internetowe grupy samopomocy, w radzeniu sobie z nadmierną masą ciała?

Podjęte badania miały charakter **badania diagnostycznych**, w ramach których starano się, aby diagnoza miała cechy diagnozy rozwiniętej, to jest takiej, która — zgodnie z definicją — „powinna wyjaśniać szereg problemów dotyczących badanego stanu rzeczy. Są to więc zagadnienia gatunku albo typu przyczyn, jakie pierwotnie zadziały, i ciągu zdarzeń, który doprowadził do stanu obecnego, zagadnienia znaczenia stanu obecnego dla całości układu, procesu lub przedmiotu, ustalenia fazy rozwoju i tego, jak rozwinie się ten stan w przyszłości”³². W kontekście przeprowadzonych dociekań przyjęto, iż najlepszym sposobem poznania znaczenia nadmiernej masy ciała w życiu człowieka z nadwagą/otyłością będzie zgromadzenie informacji związanych z szeroko rozumianym funkcjonowaniem tychże osób, a następnie ich interpretacja i ocena w połączeniu z dotychczasową wiedzą na analizowany temat. Starano się zatem opisać badane zjawisko głównie przez pryzmat tego, czy i w jakim zakresie nadwaga i otyłość determinuje jakość życia osób, których kwestia ta dotyczy. Ważnym etapem była ocena zebranego materiału i wyłonienie problemów oraz potrzeb najistotniejszych w obrębie analizowanego tematu. Diagnoza potrzeb umożliwiła następnie

³² S. ZIEMSKI: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa, Wiedza Powszechna, 1973, s. 17.
Por. J. GNITECKI: *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*. Zielona Góra, WSP im. T. Kotarbińskiego, 1993.

postulowanie zmian i zaproponowanie działań mających na celu zapobieganie zjawiskom negatywnym, pojawiającym się w kontekście nadmiernej masy ciała, i jednocześnie promujących zachowania warunkujące szeroko rozumiane zdrowie człowieka.

Biorąc pod uwagę sformułowane cele badań i problemy badawcze, za najbardziej adekwatny sposób poznania interesującego zjawiska oraz osób, których ono dotyczy, uznano **metodę sondażu diagnostycznego**. W jej ramach zastosowano technikę³³ wywiadu swobodnego oraz analizę treści blogów i forów internetowych dla osób z nadmierną masą ciała w obrębie szeroko rozumianej analizy dokumentów. W celu zgromadzenia danych niezbędnych do zdiagnozowania znaczenia nadmiernej masy ciała w kontekście funkcjonowania jednostki przeprowadzono w latach 2007–2008 wywiady z osobami z nadwagą/otyłością, terenem badań natomiast uczyniono miejskie ośrodki promocji zdrowia oraz zakłady podstawowej opieki zdrowotnej województwa śląskiego. Ponadto, miejsce badań stanowił także Internet, który okazał się niezwykle cennym źródłem informacji.

Niniejsze opracowanie składa się z czterech rozdziałów. W rozdziale pierwszym starano się zdefiniować pojęcia zdrowia i choroby, wskazać na różnorodność definicji i typologii nadmiernej masy ciała, sposoby diagnozowania oraz epidemiologię zjawiska. Rozdział drugi poświęcony jest etiologii nadwagi i otyłości, w tym znaczeniu kultury popularnej, uwarunkowaniom biologicznym, czynnikom psychologicznym oraz roli stylu życia w genezie zjawiska. Rozdział trzeci stanowi analiza wyników badań własnych, obejmujących prezentację doświadczeń społecznych osób otyłych, znaczenie, jakie te doświadczenia oraz nadmierna masa ciała mogą mieć dla psychicznego dobrostanu jednostki, sposoby radzenia sobie z piętnem otyłości. Starano się również podkreślić rolę Internetu jako źródła wsparcia społecznego dla osób z nadmierną masą ciała. Rozdział czwarty poświęcony jest zagadnieniom związanym z profilaktyką i promocją zdrowia, w tym edukacją zdrowotną, jako ważnymi „narzędziami” propagującymi zdrowy styl życia. Ponadto, na podstawie sformułowanej diagnozy zjawiska, zaprezentowano autorską propozycję oddziaływań profilaktycznych i edukacyjnych, ukie-
runkowanych na promowanie zdrowego stylu życia oraz postaw tolerancji wobec innych osób, z przeznaczeniem do realizacji wśród populacji dzieci i młodzieży w codziennej praktyce edukacyjnej.

* * *

³³ S. NOWAK (*Metody badań socjologicznych*. Warszawa, PWN, 1965, s. 16) traktuje techniki badawcze jako sposoby zbierania materiałów badawczych, oparte na starannie opracowanych dyrektywach, mających charakter intuicji.

Pragnę podziękować przede wszystkim Pani prof. dr hab. Ewie Syrek za okazaną mi życzliwość, nieocenioną pomoc i wsparcie doświadczane nie tylko w trakcie powstawania niniejszej publikacji, ale także na co dzień. Serdecznie dziękuję również Recenzentowi — Panu prof. dr. hab. Marianowi Śnieżyńskiemu za trud przeczytania maszynopisu tej pracy i cenne sugestie dotyczące kontynuowania kierunku podjętych badań pedagogicznych. Wyrazy podziękowania składam także moim Najbliższym — za nieustanny doping, wsparcie i zrozumienie dla moich zawodowych przedsięwzięć.

Rozdział pierwszy

Otyłość jako choroba współczesnej cywilizacji

1. Rozważania definicyjne na temat zdrowia i choroby

W. Szumowski w *Filozofii medycyny* pisze: „Żeby poznać chorobę, trzeba poznać zdrowie”¹. W poznaniu tym, w pierwszym rzędzie, niezbędne wydaje się zdefiniowanie obu tych pojęć w celu wyznaczenia (choćby umownej) granicy pomiędzy stanem zdrowia a stanem choroby. Jednocześnie, nietrudno zauważyć, iż próba określenia, czym w swojej istocie jest zdrowie, może okazać się niebagatelnym problemem. Zdrowie jest bowiem terminem wieloznacznie rozumianym, o czym świadczy duża liczba jego definicji (w literaturze przedmiotu można odnaleźć ich ok. 120), zarówno w ujęciu medycznym, jak i w naukach społecznych. Ponadto, jest to kategoria określana często normami kulturowymi, mogącymi wpływać na sposób jej rozumienia przez człowieka, a zatem oznaczać zgoła coś zupełnie odmiennego² w obrębie poszczególnych kultur i społeczeństw. Trudności może przysparzać również fakt, że wiele z tych definicji ma znaczenie historyczne, niektóre są humorystyczne, a treść pozostałych wynika z tego, kto i po co je tworzył. W niniejszym opracowaniu świadomie pominięto definicje o znaczeniu historycznym, sięgające czasów starożytnych³ (medycyna bowiem była wówczas jedną z dziedzin filozofii⁴),

¹ W. Szumowski — historyk medycyny polskiej, autor m.in. wydanej w 1945 r. książki *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Podano za: L. JABŁOŃSKI: *Mierniki zdrowia*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola, Wydział Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 2000, s. 41.

² A. DWORAK: *Jakość życia dziecka z alergią. Uwarunkowania środowiska rodzinnego*. Toruń, Akapit, 2010, s. 11.

³ Zob. R.M. NIEMIEROWSKA: *To, co najważniejsze? Zdrowie w kulturze antycznej*. „Promotor Zdrowia” 2000, nr 1 (19), s. 26—29.

⁴ E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, s. 37.

i ograniczono się do przedstawienia współczesnych propozycji rozumienia terminu „zdrowie”.

W piśmiennictwie wielu dziedzin naukowych wyróżniono trzy kategorie definicji pojęcia „zdrowie”: biologiczne, funkcjonalne oraz biologiczno-funkcjonalne. W podejściach akcentujących biologiczny aspekt zdrowia ujmując stan jednostki o parametrach określonych przez nauki medyczne. Koncepcje funkcjonalne opisują zdrowie jako warunek efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym. Definicje biologiczno-funkcjonalne natomiast opierają się na założeniu, że analiza zdrowia powinna uwzględniać zarówno sferę biologiczną i funkcjonalną, jak i przeżycia psychiczne im towarzyszące⁵. W ramach ujęcia medycznego przedmiotowe pojęcie jest np. określane jako „normalny stan ustroju, którego czynności i struktura są prawidłowe, a układy regulujące zapewniają stan wewnętrznej równowagi oraz zdolność przystosowania się do warunków zewnętrznych”⁶. W definicjach tego typu bierze się głównie pod uwagę somatyczny stan jednostki, opierając się na parametrach określonych przez nauki medyczne⁷. Definicje funkcjonalne przedstawiają zdrowie jako stan jednostki umożliwiający jej codzienną aktywność na poziomie przyjętym przez zbiorowość⁸. Przykładem podejścia funkcjonalnego jest sformułowanie T. Parsonsa, zdaniem którego zdrowie „to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji”⁹. Według innej propozycji, w obrębie analizowanego podejścia, „zdrowie to zdolność do produktywnego, sensownego i twórczego życia w sferze społecznej i ekonomicznej”¹⁰. Koncepcje biologiczno-funkcjonalne natomiast odwołują się do zjawisk biologicznych, psychicznych i społecznych. Do tej kategorii należy najczęściej przytaczana w literaturze przedmiotu definicja zdrowia, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z którą „zdrowie jest to stan pozytywny (dobrostan) samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub ułomności”¹¹. Definicja ta ma kilka zalet, m.in.:

⁵ E. SYREK: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997, s. 57–58.

⁶ T. WRÓBLEWSKI, N. MIECHOWIECKA: *Patologia. Podręcznik dla średnich szkół medycznych*. Warszawa, PZWL, 1992, s. 15.

⁷ E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 41.

⁸ R. GIL, A. DZIEDZICZKO: *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*. „Zdrowie Publiczne” 2004, nr 114 (2), s. 251.

⁹ T. PARSONS: *Struktura społeczna a osobowość*. Przeł. M. TABIN. Warszawa, PWE, 1969, s. 68. Podano za: E. SYREK: *Teoretyczne standardy zdrowia...*, s. 58.

¹⁰ R. GIL, A. DZIEDZICZKO: *Pojęcie świadomości zdrowotnej...*, s. 251.

¹¹ B. KARSKI, Z. SŁOŃSKA, B.W. WASILEWSKI: *Promocja zdrowia*. Warszawa, Sanmedia, 1994, s. 17.

- przyjmuje pozytywne rozumienie zdrowia i nie uzależnia stanu zdrowia od pojęcia choroby;
- nobilituje subiektywne poczucie stanu zdrowia jako równie ważne, co wskaźniki obiektywne;
- uniezależnia definicję zdrowia od kryteriów profesjonalnych;
- uznaje zdrowie za wartość społeczną, która została wpisana w obszar norm społecznych¹².

Jednocześnie, ten wielopoziomowy sposób rozumienia zdrowia ma kilka zasadniczych wad, do których zaliczyć można m.in. to, że:

- „opisuje zdrowie jako **dobrostan**, który nie został sprecyzowany, co powoduje, że nie wiadomo, co on oznacza i jak go mierzyć;
- opiera się na założeniu **braku choroby**, co jest tak samo nie do zbadania, jak opisywane tą miarą zdrowie, tym bardziej że wszystkie organizmy żywe na dowolnym poziomie rozwoju ulegają chorobom;
- wyklucza możliwość jednoznacznego zbadania zdrowia, tzn. nie wiadomo, gdzie się ono zaczyna, a gdzie się kończy”¹³.

Ponadto, okazuje się, że definicja WHO nie odpowiada potrzebom promocji zdrowia, ponieważ sprowadza je do stanu niemal idealnego, trudnego do osiągnięcia oraz traktuje zdrowie statycznie. W promocji natomiast zdrowie uznawane jest za poddającą się zmianom zdolność człowieka do osiągania szczytów fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości oraz pozytywnego reagowania na wymagania środowiska. Posiadanie zdrowia nie jest celem samym w sobie, ale środkiem pozwalającym na wykorzystanie wszystkich możliwości lepszego i pełniejszego życia¹⁴.

Kolejną koncepcją zdrowia jest propozycja W. McDermotta, który stwierdza, że „zdrowie jest pojęciem względnym, charakteryzującym stopień, z jakim poszczególna jednostka, w warunkach określonych przez czynniki genetyczne oraz jej środowisko fizyczne i kulturowe, może skutecznie działać”¹⁵. Takie rozumienie analizowanego pojęcia uwzględnia wiele czynników, które wpływają na jego kształt. Natomiast ocena i weryfikacja zdrowia odbywa się za pomocą „skutecznych działań”, które nie są bliżej sprecyzowane¹⁶. Czasem stosowana jest dość ogólna definicja, według której „zdrowie to stan lub zdolność organizmu ludzkiego do wykonywania

¹² Ibidem, s. 19.

¹³ V. KORPOROWICZ: *Zdrowie i jego społeczne odniesienia*. W: *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Red. V. KORPOROWICZ. Warszawa, Szkoła Główna Handlowa, 2004, s. 19.

¹⁴ E. SYREK: *Teoretyczne standardy zdrowia...*, s. 56.

¹⁵ W. McDERMOTT: *Czynniki demograficzne, kulturowe i ekonomiczne a stadia rozwoju medycyny*. W: *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*. Red. E. KILBOURNE, W. SMILLIE. Przeł. J. LEOWSKI. Warszawa, PZWL, 1973, s. 7. Podano za: V. KORPOROWICZ: *Zdrowie i jego społeczne odniesienia...*, s. 19–20.

¹⁶ V. KORPOROWICZ: *Zdrowie i jego społeczne odniesienia...*, s. 20.

odpowiednich czynności w określonych warunkach środowiskowych i genetycznych”¹⁷. Jednakże, wadą tego ujęcia jest to, iż uwzględnia ono jedynie kryterium obiektywno-praktyczne (np. człowiek chory psychicznie może pracować, może mieć dzieci). Jeszcze inna definicja bierze pod uwagę kryteria ekologiczno-ewolucyjne. Zgodnie z nią „zdrowie jest to stan swoistej równowagi albo oddziaływanie między układem, jaki stanowi organizm człowieka, a otaczającym go środowiskiem zewnętrznym, umożliwiającym trwanie, rozwój i reprodukcję człowieka”¹⁸. Zgodnie z opinią L. Jabłońskiego, „w definicjach tych wyraźnie widoczne jest arbitralne wartościowanie tego, czym jest zdrowie, a co jest chorobą, a decyzje zapadające w obrębie nauki, czy medycyny, mają charakter subiektywny i wynikają nie tylko z wiedzy naukowej, lecz także z przemian postaw i aktualnie (w danym środowisku) panujących przekonań moralnych”¹⁹.

Jedna z aktualnych definicji godzących liczne poglądy brzmi: „Zdrowie to zdolność i gotowość każdej części organizmu człowieka do podjęcia w normalnych warunkach mikro- i makrośrodowiska wszystkich typowych czynności z wystarczającą wydolnością”²⁰. Wynika z tego, że niezależnie od przebytych uprzednio chorób, urazów i niedogodności oraz niezależnie od częściowej utraty funkcjonalności anatomicznej (np. brak jednego palca) bądź fizjologicznej (np. zmniejszona pojemność płuc) organizm wykona „przeciętnie przewidywane czynności z przeciętną, zadowalającą wydolnością i skutecznością”. Ta definicja jest przydatna i szeroko stosowana wobec znacznej liczby ludzi, którzy doświadczyli różnorodnych zaburzeń zdrowia w dzieciństwie, młodości lub w niedalekiej przeszłości²¹.

Warto również wspomnieć, że istotnym elementem nowoczesnego spojrzenia na zdrowie jest uznanie go za jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej.

W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla się, że zdrowie jest²²:

— wartością²³ — dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz zmieniać środowisko;

¹⁷ L. JABŁOŃSKI: *Mierniki zdrowia...*, s. 41.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ C. BOORSE: *Health as theoretical concept*. „Philosophy of Science” 1977, 44, s. 542. Podano za: L. JABŁOŃSKI: *Mierniki zdrowia...*, s. 41.

²¹ L. JABŁOŃSKI: *Mierniki zdrowia...*, s. 41.

²² E. SYREK: *Teoretyczne standardy zdrowia...*, s. 58.

²³ Zob.: R. BOGUSZ: *Zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana*. W: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Red. W. PIĄTKOWSKI. Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2004, s. 127—139; L. KULMATYCKI: *Zdrowie jako wartość*. „Promotor Zdrowia” 2000, nr 1 (19), s. 3—9.

- zasobem²⁴ — bogactwem społeczeństwa, gwarantującym jego rozwój społeczny i ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturalne, rozwijać się, osiągać odpowiedni poziom jakości życia;
- warunkiem — (środkiem) codziennego życia (a nie jego celem), umożliwiającym lepszą jego jakość;
- koncepcją eksponującą korzyści (dobre samopoczucie, sprawność fizyczna), a nie negatywne skutki (choroby, zaburzenia).

Jak zauważa L. Jabłoński, „ustalenie dokładnej definicji zdrowia nie było i nadal nie jest łatwe, zwłaszcza w świetle rozważań filozoficznych, moralnych i etycznych”²⁵. Przytoczone koncepcje oczywiście nie wyczerpują możliwości, jakie daje w tym względzie literatura przedmiotu, stanowią natomiast zarys tego, jak jest i może być rozumiane pojęcie zdrowia przez przedstawicieli różnych dziedzin naukowych, koncepcji i podejść.

Warunki środowiska, w jakim żyje człowiek, podlegają ciągłym przemianom, stale też następują zmiany układu równowagi między ustrojem człowieka a otaczającym go środowiskiem. Zachwianie tej równowagi, powodujące przekraczanie określonych granic, najczęściej prowadzi do powstania choroby, zaburzeń funkcjonowania organizmu, dolegliwości²⁶. Najogólniej można stwierdzić, że choroba jest przeciwieństwem zdrowia i może przejawiać się zmianą w samopoczuciu (subiektywna dolegliwość), zmianami biologicznymi (schorzenie, proces patologiczny wyrażający się w odchyleniu od biologicznej normy) oraz zmianą statusu społecznego (uznawany społecznie stan choroby i sposób odbioru choroby przez innych)²⁷. Pojęcie choroby najczęściej pojmowane jest jako „wyraz patologii, postrzeganej przez samego chorego jako stan upośledzenia i dyskomfortu (o zróżnicowanym nasileniu), a ponadto dającej się rozpoznać klinicznie (inaczej mówiąc zdiagnozować). Choroba może jednak oznaczać i obejmować stany, których możemy być nieświadomi, gdyż nie odczuwamy żadnych dolegliwości, a które można wykryć tylko dzięki bardzo czułym testom laboratoryjnym i klinicznym”²⁸. Jednocześnie, z uwagi na potrzeby praktyczne zaleca się następującą definicję: „Jednostka chorobowa to związany ze sobą zespół niekorzystnych dla organizmu objawów o znanym, określonym składzie, znanym działaniu i znanym obrazie

²⁴ Zob. Z. JUCZYŃSKI, N. OGIŃSKA-BULIK: *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. W: Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Red. Z. JUCZYŃSKI, N. OGIŃSKA-BULIK. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003, s. 9—15.

²⁵ L. JABŁOŃSKI: *Mierniki zdrowia...*, s. 39.

²⁶ E. SYREK: *Teoretyczne standardy zdrowia...*, s. 56.

²⁷ R. OSSOWSKI: *Psychologia a zdrowie*. W: *Zdrowie w medycynie...*, s. 193.

²⁸ C. WŁODARCZYK, S. POŹDZIOCH: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne — wybrane zagadnienia*. T. 1. Red. A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, W.C. WŁODARCZYK. Kraków, Vesalius, 2000, s. 14.

zmian morfologicznych w narządach”²⁹. Z biologicznego więc punktu widzenia choroba to „stan organizmu, jego części lub narządu, który charakteryzuje się zakłóceniem ich normalnej czynności i wymaga diagnozy klinicznej”³⁰.

Bez wątpienia, stan zdrowia lub choroby wpływa na zachowania ludzi w ich społecznym środowisku. Jednym z najwcześniejszych ujęć choroby w kategoriach zachowań jest koncepcja S.V. Kasla i S. Cobba³¹. Wyróżniają oni trzy etapy w kontinuum zdrowie — choroba: pełnego zdrowia, złego samopoczucia i choroby. Osoba chora lub zdrowa, spełniająca kryteria medyczno-psychosocjologiczne, może rozpoznać stan swojego zdrowia i samopoczucia. W konsekwencji, może albo odgrywać normalne role społeczne i zachować pełną aktywność, albo częściowo ograniczyć wykonywanie czynności społecznych oraz ich zaniechać. W razie postępu choroby człowiek może przyjąć rolę społeczną pacjenta. Wreszcie, jeśli ma szansę na wyzdrowienie, wraca w pełni lub w sposób ograniczony do normalnych ról i zadań społecznych sprzed choroby. Niektórzy autorzy, analizując społeczny kontekst choroby, zwracają uwagę na rolę funkcjonalnego ujęcia tego zjawiska opisanego przez T. Parsonsa³². Badacz ten potraktował chorobę jako „zinstytucjonalizowany społecznie typ roli”, charakteryzujący się pewnymi zakłóceniami w pełnieniu innych ról społecznych lub wykonywaniu zadań, w konsekwencji uznając ją za rodzaj dewiacji społecznej. Według T. Parsonsa, traktowanie choroby jako dewiacji³³ oznacza, że³⁴:

- choroba nie pojawia się na skutek nieświadomej motywacji, ale z powodu społecznego przypisania;
- choroba jest pewną rolą, często dożywotnio przypisaną jednostce, o ile równocześnie występuje zjawisko piętnowania;
- choroba opisuje pewne doświadczenia związane z reakcjami środowiska społecznego, a szczególnie z instytucjami, które zajmują się chorobą.

²⁹ L. JABŁOŃSKI: *Mierniki zdrowia...*, s. 43.

³⁰ R. GIL, A. DZIEDZICZKO: *Pojęcie świadomości zdrowotnej...*, s. 251.

³¹ S.V. KASL, S. COBB: *Health behavior, illness behavior and sick role behavior*. „Archives of Environmental Health” 1966, 12, s. 246—266. Podano za: B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 38.

³² W. PIĄTKOWSKI: *Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002, s. 23—24.

³³ Pojęcie **dewiacji**, rozważane w kategoriach reakcji społecznej, wiąże się ściśle z teorią naznaczenia społecznego, według której reakcja społeczna może przybierać różne formy, np. piętnowania dewianta, zdegradowania społecznego, izolowania go, nadawania mu określonej nazwy lub przypisania mu określonej pozycji w społeczeństwie. Okazuje się, że podobne doświadczenia są często udziałem osób otyłych, stąd też prezentowana koncepcja choroby wydaje się szczególnie przydatna.

³⁴ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby...*, s. 37.

Koncepcja choroby jako dewiacji, zapoczątkowana przez T. Parsonsa, była m.in. kontynuowana przez E. Freidsona. Badacz ten w pojęciu choroby wyróżniał dwa rodzaje dewiacji:

- pierwotną, gdy choroba jedynie modyfikuje sposób pełnienia normalnych ról społecznych;
- wtórną, kiedy w wyniku choroby jednostka jest zmuszona do przyjęcia nowych ról społecznych.

Zgodnie ze stanowiskiem E. Freidsona, niebagatelne znaczenie mają cztery wymiary choroby: czas jej trwania, zakres i możliwości wyleczenia, stopień niezdolności oraz potencjalna degradacja, w tym przede wszystkim piętno społeczne. Choroba jako dewiacja była również rozpatrywana przez D. Fielda, który w ślad za E. Lemertem chorobę ostrą i krótkotrwałą traktował jako dewiację pierwotną, natomiast chorobę przewlekłą — jako dewiację wtórną. Zgodnie z analizowaną koncepcją, w sytuacji choroby przewlekłej człowiek, chcąc się przystosować, musi zmienić swoje dotychczasowe zachowania³⁵.

W kontekście prowadzonych rozważań warto zauważyć, iż „funkcjonalna teoria choroby zapoczątkowana przez T. Parsonsa i jego kontynuatorów spotkała się jednak z krytyką, przede wszystkim w dwóch płaszczyznach: w sferze tzw. subiektywnej rzeczywistości społecznej (odnoszącej się do indywidualnych różnic wrażliwości i podatności na chorobę — ta subiektywna rzeczywistość była pomijana w socjologii medycyny) oraz w sferze »laików« (pomijanie w badaniach socjologicznych dziedziny działań leczniczych poza medycyną naukową)»³⁶.

M. Sokołowska podkreśla skomplikowaną istotę zdrowia i choroby oraz konieczność rozpatrywania obu tych pojęć w sposób interdyscyplinarny i wieloaspektowy. Proponuje ujęcie przedmiotowych kwestii w ramach teorii systemów i teorii adaptacji. Teoria adaptacji została rozwinięta przez R. Dubosa, który traktuje chorobę jako konsekwencję adaptacji organizmów do środowiska, a choroba może stanowić etap w procesie przystosowania organizmu do zmiany środowiskowej. Należy dodać, że ujęcie to nie ogranicza się do systemu społecznego, a odnosi się do systemu biologicznego i psychospołecznego³⁷.

Na podstawie przytoczonych definicji i koncepcji można stwierdzić, że — podobnie jak w przypadku pojęcia „zdrowie” — w literaturze przedmiotu istnieje wiele podejść i propozycji definiowania i rozumienia cho-

³⁵ Ibidem, s. 36—38.

³⁶ M. SOKOŁOWSKA: *Idee zdrowia i choroby w socjologii*. W: *Spółeczeństwo i socjologia. Księga poświęcona Profesorowi Janowi Szczepańskiemu*. Warszawa—Wrocław—Kra-ków—Gdańsk—Łódź 1985, s. 395. Podano za: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 43—44.

³⁷ E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej...*, s. 44.

roby. Zapewne można mówić też o wielkiej złożoności terminów zdrowia i choroby jako zjawisk biologicznych i społecznych, a w konsekwencji o trudnościach metodologicznych i teoretycznych, jakie napotykają próby ich ścisłego zdefiniowania³⁸.

Współcześnie coraz częściej wskazuje się na choroby przewlekłe jako dominujące wśród mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, przyczyniające się do obniżenia poziomu jakości życia oraz będące powszechną przyczyną zgonów. Choroby te często określane są mianem chorób cywilizacyjnych lub też chorób z wyboru³⁹, gdyż najczęściej wymienianym czynnikiem ryzyka ich powstawania jest nieprzestrzeganie zaleceń prozdrowotnego stylu życia⁴⁰. Warto dodać, że wyodrębnienie tzw. chorób cywilizacyjnych było jedną z przyczyn szybko wzrastającego zapotrzebowania na rozwój nauk społecznych ze strony medycyny. Wśród czynników związanych z cywilizacją, a sprzyjających powstawaniu i rozszerzaniu się różnych chorób, wymienia się bowiem urbanizację, uprzemysłowienie i wiążące się z nim szybkie tempo życia, stres, nieprawidłowe odżywianie, brak wysiłku fizycznego oraz zanieczyszczenie środowiska⁴¹. Podobnie, *Mała encyklopedia medycyny* podaje, że „choroby cywilizacyjne są związane z rozwojem cywilizacji (industrializacja, urbanizacja, mechanizacja, motoryzacja, chemizacja itd.) [...] Istotnym czynnikiem chorobotwórczym jest nadmierne tempo życia, stały pośpiech, »wyścig z czasem«, co jest podłożem stanów nerwicowych i zaburzeń neurowegetatywnych ze wszystkimi następstwami. Choroby cywilizacyjne zależą nie tylko od bezpośredniego działania czynników składających się na współczesną cywilizację, ale również od eliminacji naturalnych czynników środowiska człowieka, warunkujących stan jego zdrowia, np. eliminacji lub znacznego ograniczenia ruchu i wysiłku fizycznego albo przekształcenia tego ruchu (pracy) w ruch jednostajny, monotonny, nużący, angażujący tylko niektóre partie mięśni⁴². Czynnikiem chorobotwórczym związanym ze

³⁸ C. WŁODARCZYK, S. POŹDZIOCH: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego...*, s. 16.

³⁹ A. OSTROWSKA: *Prozdrowotne style życia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1997, nr 10/11, s. 9.

⁴⁰ Takie sformułowanie wywołuje jednak problem określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i niepozbawione jest pewnych pułapek. Przypisanie jednostce — poprzez dokonywanie przez nią wyborów — tak dużej odpowiedzialności za osiągnięte efekty zdrowotne w swej skrajnej postaci prowadzić bowiem może do syndromu „obwiniania ofiary” i przerzucania na nią całej winy za występowanie chorób. A przecież zachowania zdrowotne są wyznaczone w znacznej mierze kontekstem społecznym i kulturowym, który kształtuje, ale i ogranicza indywidualne wybory. Por. *ibidem*.

⁴¹ B. URAMOWSKA-ŻYTO: *Nauki społeczne a zachowania medyczne*. „Żywność Człowieka i Metabolizm” 1997, T. 24, nr 3, s. 374.

⁴² Warto jednak zaznaczyć — jak podaje M. Konarzewski — że „znaczna liczba schorzeń, dziś znanych jako choroby cywilizacji, pojawiła się już u jej zarania. Okazu-

współczesną cywilizacją jest także niewłaściwe odżywianie. Lepsze walory smakowe pokarmów zwiększają ich atrakcyjność — stąd skłonność do przekarmiania⁴³ i w efekcie powstania nadwagi i otyłości.

2. Nadwaga i otyłość — ustalenia definicyjne i typologiczne

Otyłość rozpowszechnia się wraz ze wzrostem dobrobytu i postępu cywilizacyjnego, stąd też zaliczana jest ona do tzw. **metabolicznych chorób cywilizacyjnych**⁴⁴, charakteryzujących się wieloczynnikową etiologią, zwiększeniem masy ciała i nadmiarem tkanki tłuszczowej. Jednocześnie, warto w tym miejscu zaznaczyć, iż często ze względów praktycznych nie stosuje się rozróżnienia pojęć **nadwagi** i **otyłości**, a używa się ich zamiennie, gdy waga ciała jest większa od wagi prawidłowej. Jakkolwiek, nieliczni autorzy przytaczają definicje obu tych terminów, jak chociażby U. Wemmer, który podaje, że „nadwaga oznacza upośledzenie zdrowia polegające na umiarkowanie podwyższonej masie ciała w stosunku do wzrostu”. Otyłość zaś — według tego autora — jest „chorobą przewlekłą, z istotnym wzrostem masy ciała, dziedziczącą się w sposób wielogenowy, ujawniającą się pod wpływem nadmiernego wysokoenergetycznego odżywiania i braku ruchu”⁴⁵. Ponadto, ogólnie przyjmuje się, że nadwaga oznacza przekroczenie prawidłowej masy ciała o 10%, natomiast umowną granicą, od której rozpoczyna się otyłość, jest przekroczenie prawidłowej masy ciała o 20%⁴⁶. W świetle tego, że — jak

je się bowiem, że szczątki kostne pierwszych rolników noszą często ślady osteoporozy i niedoborów żelaza, uzębienie zaś znaczone jest próchnicą, która była prawie nieznaną w społecznościach ich przodków. O tym, że cierpieli oni również na inne, dobrze znane przypadłości, świadczą wyniki badań mumii egipskich, w których wykryto ślady miażdżycy. W opinii wielu badaczy miało to związek z rewolucją dietetyczną, która dokonała się za sprawą zdominowania przez przetwory zbożowe menu ludów Bliskiego Wschodu, a następnie także Europejczyków”. M. KONARZEWSKI: *Na początku był głód*. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy, 2005, s. 75.

⁴³ *Mała encyklopedia medycyny*. T. 1. Warszawa, PWN, 1982, s. 158—159. Por. J.T. MARCINKOWSKI: *Ekologiczne i higieniczne uwarunkowania zdrowia*. W: *Podstawy higieny*. Red. J.T. MARCINKOWSKI. Wrocław, Volumes, 1997, s. 36—37.

⁴⁴ W. CHALCARZ, Z. HODYR, A. ŚRAMA, M. GRUSZECKA, M. KAPŁACZYŃSKA: *Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15), s. 24.

⁴⁵ U. WEMMER: *Nadwaga i otyłość*. „Medycyna Biologiczna” 2000, z. 4, s. 81.

⁴⁶ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004, s. 41; M. FIŁA, J. TERELAK: *Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka*. „Przegląd Psychologiczny” 1994, T. 37, nr 1/2, s. 106.

wspomniano — nie uczyniono wyrazistego rozgraniczenia pomiędzy nadwagą i otyłością, w literaturze przedmiotu najczęściej spotykane są definicje pojęcia „otyłość”, które w ścisłym tego słowa znaczeniu jest rozumiane jako „nadmierna ilość trójglicerydów w tkance tłuszczowej”⁴⁷. Przyjęcie medycznej definicji otyłości umożliwia określenie zawartości tkanki tłuszczowej w ustroju i wyznaczenie granicy, powyżej której nadmiar zasobów tłuszczu zwiększa ryzyko chorobowości i nadumieralności⁴⁸. Otyłość jest też opisana jako „zaburzenie homeostazy przemiany energetycznej, prowadzące do zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej”⁴⁹. W literaturze przedmiotu można również odnaleźć definicję, zgodnie z którą „otyłość jest wieloczynnikową, postępującą i trwającą przez całe życie chorobą polegającą na nadmiernym gromadzeniu tkanki tłuszczowej. Z reguły towarzyszą jej liczne schorzenia, które niejednokrotnie zagrażają zdrowiu i życiu oraz są przyczyną znacznych wydatków finansowych, obciążających zarówno otyłego, jak i społeczeństwo”⁵⁰. Otyłość określa się także jako „szczególną kondycję człowieka, a jej genezę rozumie jako efekt konfliktu między wewnętrznym a zewnętrznym środowiskiem ustroju”⁵¹.

Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie z 2000 roku definiuje otyłość jako „stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego lub nadmiernego gromadzenia tłuszczu w tkance tłuszczowej do poziomu, w którym zagraża zdrowiu człowieka. Źródłem choroby jest dodatni bilans energetyczny, czego efektem jest wzrost masy ciała. Jednakże, otyłe osoby różnią się nie tylko ilością, ale i rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej w obrębie ciała”⁵². J. Tatoń natomiast charakteryzuje otyłość jako „stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej jako składowej całości organizmu. Z tego faktu wynikać może uszkodzenie czynności i struktury poszczególnych narządów lub układów, które zwiększają ryzyko skrócenia średniego oczekiwanego okresu życia. Jest to więc choroba, która nawet wtedy, kiedy organizm o zwiększonej ilości tkanki tłuszczowej nie wykazuje objawów patologicznych, zagraża w miarę przedłużania się jej trwania rozwojem uszkodzeń

⁴⁷ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość*. Przeł. P. GODLEWSKA. Kraków, Medycyna Praktyczna, 1996, s. 6.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ W. CHALCARZ, Z. HODYR, A. ŚRAMA, M. GRUSZECKA, M. KAPALACZYŃSKA: *Wybrane aspekty...*, s. 24.

⁵⁰ M.S. WYLEŻOŁ, M.S. PARDELA: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości*. „Wiadomości Lekarskie” 2003, nr 56 (3—4), s. 186.

⁵¹ J. RUDZIK: *Wybrane społeczno-ekonomiczne i zdrowotne aspekty nadwagi*. „Medycyna — Dydaktyka — Wychowanie” 1999, 31, nr 3—4, s. 78.

⁵² *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Ed. World Health Organization, s. 6. Dostępne w Internecie: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf [data dostępu: 20.09.2013]. Tłumaczenie — K.L.

narządowych i ogólnych w przyszłości”⁵³. Przedstawione medyczne ujęcie problemu otyłości jako kryterium przyjmuje wielkość odchylenia od normy⁵⁴, w rozpatrywanym przypadku normy wagowej⁵⁵ odnoszącej się do płci, wieku i typu budowy. Biorąc zatem pod uwagę wielkość odchylenia od normy wagowej jako kryterium otyłości, można stwierdzić, że wielkość ta, wskazująca na istnienie otyłości, dla dorosłych wynosi od 20% do 30%, dla dzieci natomiast od 10% do 20% wagi ciała. Prezentowane określenie osoby otyłej ma jednak charakter zewnętrznego opisu. Dotyczy ciała człowieka. Mówiąc najprościej, osobą otyłą jest ta, która waży za dużo⁵⁶. W takim ujęciu zarówno sposób definiowania otyłości, jak i jego kryterium stanowią próbę zobiektywizowania zaburzenia stanu organizmu wyrażającego się nadwagą i jego nieprawidłowego funkcjonowania polegającego na zwiększaniu ilości tkanki tłuszczowej. J. Radoszewska⁵⁷ podkreśla, że proponowana przez J. Tatonia definicja otyłości jest raczej charakterystyką procesu tycia, a nie stanu otyłości. Ponadto, według tej autorki, określenie otyłości i jej rozmiary odnoszą się do ciała człowieka, bez uwzględnienia udziału psychiki, czy to w „zwiększaniu ilości tkanki tłuszczowej” (apetyt, standardy estetyczne, stosunek do własnego ciała), czy to w stanie nadwagi (poczucie otyłości).

Oprócz medycznych definicji otyłości występują także definicje statystyczne i indywidualne. Definicje statystyczne oparte są na wskaźnikach czy kryteriach, według których określa się występowanie nadwagi i otyłości. Najczęściej są one tworzone na podstawie danych towarzystw ubezpieczeniowych, które określają wpływ wartości masy ciała (z uwzględnieniem wzrostu, płci i masy kostnej) na wskaźnik umieralności. Z dostępnych danych wylicza się tzw. idealną lub pożądaną masę ciała, stanowiącą przedział wartości, dla których przewiduje się optymalną długość życia. Natomiast indywidualne definicje otyłości dotyczą osobistego poglądu człowieka na optymalną masę ciała, a w związku z tym również na otyłość. Ta subiektywna opinia zależy od stopnia zgodności między postrzeganym

⁵³ J. TATOŃ: *Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa, PZWL, 1985, s. 23.

⁵⁴ W znaczeniu biologicznym norma określa „zbiór osobników posiadających najbardziej charakterystyczne właściwości lub właściwości osobników zapewniające w danych warunkach funkcjonalne optimum”. Por. A. MALINOWSKI: *Problem normy w antropologii i anatomii prawidłowej*. W: *Antropologia a medycyna i promocja zdrowia*. T. 3. Red. A. MALINOWSKI, H. STOLARCZYK, W. LORKIEWICZ. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2000, s. 31—38.

⁵⁵ Normy te ustala się na podstawie badań antropologicznych.

⁵⁶ J. RADOSZEWSKA: *Z badań nad tożsamością osób otyłych*. „Nowiny Psychologiczne” 1994, nr 4, s. 87.

⁵⁷ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych*. „Nowiny Psychologiczne” 1993, nr 4, s. 101—102.

obrazem własnego ciała a obrazem pożądanym (pod kątem objętości i kształtu). „Pożądana” przez daną jednostkę masa ciała wynika z przesłanek osobistych, zaleceń lekarskich oraz — w dużym stopniu — zależy od wpływu stereotypów społeczno-kulturowych⁵⁸. Należy jednak zaznaczyć, że określanie otyłości na podstawie samooceny ciała bardzo często jest subiektywne i nieadekwatne do rzeczywistości. Zdarza się bowiem, że ludzie nie zauważają, że są otyli i nie szukają z tego powodu pomocy. Inni natomiast, u których nie stwierdza się nadwagi, starają się osiągnąć masę ciała bardziej odpowiadającą ich wyobrażeniu o dobrym wyglądzie. Problem otyłości jest także rozpatrywany na gruncie nauk psychologicznych, w obrębie których każda z funkcjonujących szkół podaje własne, specyficzne definicje i sposoby wyjaśniania genezy analizowanego zjawiska⁵⁹.

W badaniach klinicznych uwzględnia się różne podziały i typologie otyłości. Według J. Tatonia, „typologia otyłości w praktyce klinicznej ma znaczenie jedynie wtedy, gdy byłaby informacją ważną dla rozpoznania różnicowego otyłości pod względem patogenez, planu dalszych badań laboratoryjnych, rozpoznania ostatecznego i wyznaczenia leczenia”⁶⁰. Niemniej jednak, autor ten, biorąc pod uwagę różne kryteria, wymienia następujące rodzaje otyłości⁶¹:

1) ze względu na przyczyny powstawania:

- **otyłość prostą** (pierwotną, pokarmową), która jest wynikiem naruszenia dynamicznej równowagi pomiędzy ilością energii dostarczonej organizmowi w postaci pożywienia a jej wydatkowaniem; stanowi ona 80—90% wszystkich przypadków tego zaburzenia;
- **otyłość złożoną** (wtórną, patologiczną), wynikającą z pierwotnych zaburzeń funkcji gruczołów dokrewnych oraz organicznych uszkodzeń podwzgórza;

2) w zależności od rozłożenia tłuszczu w organizmie:

- **otyłość androidalną** (pletoryczną, centralną, brzuszную, typu „jabłko”), w której tłuszcz gromadzi się głównie w okolicach brzucha; spotykana głównie u mężczyzn;
- **otyłość ginoidalną** (dystalną, biodrową, typu „gruszka”), w której tłuszcz gromadzi się w dolnej połowie ciała, głównie na pośladkach i udach; charakterystyczną dla kobiet;

3) ze względu na skład morfologiczny tkanki tłuszczowej:

⁵⁸ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość...*, s. 8—9.

⁵⁹ Zob. J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 102—107.

⁶⁰ J. TATOŃ: *Otyłość...*, s. 24.

⁶¹ J. TATOŃ: *Zarys patogenez otyłości*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1995, nr 50, supl. 1, s. 3—10.

- **otyłość hiperplastyczną**, w której istotną rolę odgrywa wzrost tkanki tłuszczowej w organizmie, a liczba komórek tłuszczowych rośnie od urodzenia do 4. roku życia oraz pomiędzy 12. a 13. rokiem życia;
 - **otyłość hipotroficzną**, gdy wzrost organizmu jest już zakończony, a narastanie tkanki tłuszczowej może nastąpić tylko na skutek powiększenia się komórek tkanki tłuszczowej; jest trudniejsza do wyleczenia i częściej dochodzi do zaburzeń metabolicznych;
 - **otyłość mieszaną**, w której następuje zwiększenie liczby i wielkości komórek tłuszczowych⁶²;
- 4) ze względu na kryterium czynników etiologicznych:
- **otyłość wynikającą z braku umiejętności radzenia sobie ze stresem cywilizacyjno-społecznym**; stanowi ona reakcję na zagrożenia w sytuacjach życiowych. Jej pierwotne podłoże ma charakter psychiczno-emocjonalny, poznawczy, później neuroendokryny. Jest ona również określana jako otyłość psychoreaktywna lub nerwicowa;
 - **otyłość podwzgórzową** wynikającą z guzów mózgu, stanów zapalnych mózgu, udarów mózgu lub zabiegów chirurgicznych na podwzgórzu;
 - **otyłość jako objaw endokrynopatii**, która jest związana z chorobą Cushinga, zespołem pokastracyjnym, hipogonadyzmem, menopauzą u kobiet, rzekomą niedoczynnością przytarczyc, niedoborem hormonu wzrostu, zespołem Steina-Leventhala;
 - **otyłość bezpośrednio uwarunkowaną zespołami o charakterze genetycznym**;
 - **otyłość polekową** — najczęściej występuje podczas stosowania pochodnych fenotiazyny, glikokortykosteroidów, środków uspokajających, pochodnych estrogenów;
 - **otyłość będącą wynikiem braku wysiłku fizycznego**, wymuszoną długotrwałym przebywaniem w łóżku czy niepełnosprawnością ruchową;
 - **otyłość będącą skutkiem wadliwej alimentacji**, czyli odżywiania się pokarmami zawierającymi dużo tłuszczu i cukru⁶³.

Na podstawie wskaźnika BMI zostały wyodrębnione następujące stopnie otyłości:

I stopień otyłości — 30,0—34,9;

II stopień otyłości — 35,0—39,9;

III stopień otyłości (otyłość ekstremalna) — ≥ 40 ⁶⁴.

Łatwo zauważyć, że w przedstawionych definicjach i prezentowanych podejściach teoretycznych otyłości kryteria jej opisywania znacząco różnią się od siebie w zależności od tego, kto i w jakim celu je formułuje.

⁶² N. OGĨŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 50.

⁶³ J. TATOŃ: *Zarys patogenezy otyłości...*, s. 3—10.

⁶⁴ G. HEROLD: *Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy*. Warszawa, PZWL, 2001, s. 764—768.

Warto jednakże podkreślić, że diagnozując otyłość, nie należy ograniczać się tylko do jednego kryterium czy wskaźnika, gdyż tak sztywna postawa nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji człowieka dotkniętego chorobą. Przy diagnozowaniu otyłości zasadne wydaje się zatem branie pod uwagę nie tylko danych statystycznych, przesłanek epidemiologicznych, ale — co chyba najistotniejsze — też indywidualnej sytuacji pacjenta, zarówno objawów stwierdzanych obiektywnie (stan metaboliczny, stan układu krążenia, układu ruchu), jak i aspektów psychologicznych, rodzinnych, etnicznych, kulturowych⁶⁵ i społecznych.

3. Sposoby diagnozowania nadmiernej masy ciała

„Genetycznie uwarunkowane różnice w budowie i składzie ciała, wpływ płci, wieku, silne działanie środowiska biologicznego i społecznego powodują, iż wyznaczenie ścisłej granicy pomiędzy prawidłową a nieprawidłową masą ciała jest niemożliwe. Jest to raczej szeroka strefa wartości pośrednich pomiędzy wyraźnie różniącymi się ekstremami. Stwierdzenie to odnosi się także do ustalania przedziału pomiędzy nadmiarem masy ciała bez znaczenia patologicznego a otyłością jako chorobą”⁶⁶. Jednakże, aby określić stopień nadwagi, najczęściej stosuje się wskaźniki masy ciała w odniesieniu do wzorców populacyjnych. Przykładem mogą być zalecenia opracowane przez Metropolitan Life Insurance Company⁶⁷. Tabele norm powstają w wyniku wielu pomiarów ciężaru ciała osób w tym samym wieku i tej samej płci. W tabelach tych mianem prawidłowej (normalnej) określono masę odpowiadającą w każdej grupie wiekowej wartości średniej. Za prawidłowy uznano więc ten zakres wartości masy ciała, który powtarza się najczęściej⁶⁸. Ogólnie jednak przyjmuje się, iż jeżeli względna masa ciała równa jest 100%, oznacza to, że badana osoba ma idealną masę ciała. Przedział wartości w zakresie 110—120% wskazuje na istnienie nadwagi. Jeżeli względna masa ciała przekroczy 120%, rozpoznawana jest otyłość,

⁶⁵ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość...*, s. 10.

⁶⁶ J. TATOŃ: *Otyłość...*, s. 5.

⁶⁷ M. BIAŁKOWSKA: *Otyłość. W: Otyłość, choroba cywilizacji*. Red. B. BARANOWSKA. Warszawa, Bel Corp Scientific Publications Co., 1994, s. 5—17.

⁶⁸ Warto jednak zauważyć, że różne tabele podają różne wartości, nie znaleziono bowiem jeszcze zasady oceny, której nie można byłoby podważyć. W rzeczywistości, można wyznaczyć tylko przedział wagi prawidłowej, ponieważ — jak już wspomniano — ludzie różnią się budową, ciężarem właściwym ciała itp. Por. E. ZUBRZYCKA: *Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi*. Gdańsk, GWP, 2002, s. 16.

natomiast przekroczenie 140% wskazuje na otyłość olbrzymią⁶⁹. Ponadto, w literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele propozycji sposobów obliczania prawidłowej masy ciała. Przykład może stanowić formuła d'Azerada⁷⁰, która wyraża się następującym wzorem:

$$\text{waga (kg)} = \text{wzrost (cm)} - 100 - [(\text{wzrost (cm)} - 150) : 4]$$

Bardziej rygorystyczne wymagania odnośnie do norm ciężaru ciała uwzględnia wzór stosowany przez towarzystwa ubezpieczeniowe w Stanach Zjednoczonych:

$$\text{waga (kg)} = 50 + 0,75 \times (\text{wzrost (cm)} - 150)$$

W Polsce do określenia idealnej masy ciała stosowano wzór Broca:

$$\text{idealna masa ciała (kg)} = \text{wzrost (cm)} - 100$$

Od wielu lat najbardziej popularnym i użytecznym miernikiem prawidłowości masy ciała jest wskaźnik Queteleta, którego częściej używana nazwa to BMI (*body mass index*). Do obliczenia BMI służy następujący wzór⁷¹:

$$\text{BMI} = \text{ciężar ciała w kg} / (\text{wzrost w m})^2$$

Zgodnie z literaturą przedmiotu⁷², interpretacja zakresów wartości wskaźnika BMI przedstawia się następująco:

- niedowaga — wartość wskaźnika BMI: $\leq 18,5$;
- waga prawidłowa — wartość wskaźnika BMI: 19—24,9;
- nadwaga — wartość wskaźnika BMI: 25—29,9;
- otyłość — wartość wskaźnika BMI: 30—34,9;
- skrajna otyłość — wartość wskaźnika BMI: 35—39,9;
- patologiczna otyłość — wartość wskaźnika BMI: 40—49,9;
- skrajnie patologiczna otyłość — wartość wskaźnika BMI: ≥ 50 .

Na występowanie nadwagi wskazuje się wtedy, gdy indeks masy ciała u osoby powyżej 15. roku życia osiąga wartości równe lub wyższe 25 (ale niższe od 30). Punktem odcięcia dla występowania otyłości jest wartość indeksu masy ciała równa 30 lub więcej. Mówi się także o otyłości umiarkowanej, znaczącej i stanowiącej poważne ryzyko, jeśli wartości BMI prze-

⁶⁹ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 43.

⁷⁰ E. ZUBRZYCKA: *Schudnąć bez diety...*, s. 16.

⁷¹ *Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej. Przewodnik dla lekarzy rodzinnych i studentów*. Łódź, Fundacja „Wszystko dla Zdrowia”, 1995, s. 36.

⁷² M.S. WYLEŻOŁ, M.S. PARDELA: *Miejsce chirurgii...*, s. 187.

kracząc odpowiednio: 30, 35 i 40⁷³. Te trzy punkty odcięcia są również używane jako granice otyłości I, II i III klasy⁷⁴. Granica niedowagi (wśród osób dorosłych) jest ustalona na wartość BMI poniżej 18,5. Jednocześnie warto podkreślić, iż podane granice nadwagi i otyłości nie dotyczą dzieci poniżej 15. roku życia. Do wyznaczania nadmiernej wagi ciała wśród dzieci warto posłużyć się kartami przygotowanymi przez WHO, które w procentylach wskazują granice wagi w normie oraz nadwagi. Tablice te dostępne są m.in. na stronach internetowych WHO. Można też posługiwać się wartościami BMI, korzystając z wyznaczonych punktów odcięcia dla otyłości i nadwagi dla dzieci od 2. do 18. roku życia. Uznała je Międzynarodowa Organizacja do spraw Walki z Otyłością (*International Obesity Taskforce*). Dodatkowo, BMI nie powinien być wyłącznym wskaźnikiem nadmiernej wagi w odniesieniu do osób starszych. Wynika to m.in. z obniżenia wzrostu spowodowanego deformacjami kręgosłupa, zwężeniem się dysków międzykręgowych i zmniejszeniem się wielkości kręgów na skutek osteoporozy. Zmiana wzrostu może prowadzić do przeszacowania BMI o 1,5–2,5 punktu, mimo braku zmian w tkance tłuszczowej. Kolejną grupą, w której zwiększenie indeksu masy ciała nie stanowi odpowiedniego wyznacznika nadwagi lub otyłości, są kobiety w ciąży. Według Narodowego Instytutu Zdrowia w USA, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych związanych z nadmierną wagą, jej wzrost w okresie ciąży powinien wynosić co najwyżej 12–18 kg u kobiet z niedowagą, 11–16 kg u kobiet z BMI poniżej 25, 6,8–11 kg u kobiet z nadwagą i poniżej 6,8 kg u kobiet otyłych.

Według J. Tatonia⁷⁵, powszechnie stosowane rozpoznawanie otyłości na podstawie wielkości masy ciała ma mało dokładny charakter. Dlatego też, aby zdiagnozować poziom nadwagi, niezbędne są metody pozwalające ustalić stopień otluszczenia, gdyż w rozpoznawaniu otyłości istotniejsze jest określenie masy tkanki tłuszczowej, a nie ogólnej masy ciała. Ocena rozmieszczenia i ilości tkanki tłuszczowej w organizmie odgrywa kluczową rolę, pozwala bowiem oszacować ryzyko dla zdrowia. U dorosłych mężczyzn tkanka tłuszczowa stanowi 12% masy ciała, u kobiet zaś ok. 20% całkowitej masy ciała⁷⁶. Natomiast, zdaniem M. Jablow, „tłuszcz powinien sta-

⁷³ J.T. GRONNINGER: *A semiparametric analysis of the relationship of body mass index to mortality*. „American Journal of Public Health” 2006, no 98, s. 173–178. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa, PWN, 2007, s. 15–17.

⁷⁴ National Institutes of Health: *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults — the evidence report*. „Obesity Research” 1998, no 6, supl. 2, s. 51. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 15–17.

⁷⁵ J. TATOŃ: *Otyłość...*, s. 5.

⁷⁶ Ibidem, s. 18.

nowić 20—27% tkanki ciała u kobiet i 15—22% u mężczyzn⁷⁷. Ponadto, warto w tym miejscu zaznaczyć, że — jak wskazują badania — całkowita ilość i redystrybucja tkanki tłuszczowej są niezależnie regulowanymi czynnikami, a typ rozmieszczenia w większym stopniu zależy od czynników genetycznych⁷⁸.

Obecnie stosowane metody pomiaru ilości tłuszczu w organizmie można podzielić na pośrednie i bezpośrednie⁷⁹. Metody bezpośrednie są bardziej dokładne, ale równocześnie bardzo kosztowne i często wymagają odpowiedniej aparatury. Wśród technik pośrednich pomiar fałdów skórno-tłuszczowych pozwala określić całkowitą zawartość tłuszczu oraz jego rozmieszczenie. W otyłości grubość tkanki podskórnej przekracza 15 mm u mężczyzn i 25 mm u kobiet. Metoda ta nie uwzględnia jednak różnic etnicznych i wpływu wieku, dlatego też jest mało przydatna u pacjentów w podeszłym wieku. Błąd pomiarowy w przypadku tej techniki może sięgać aż 30%⁸⁰.

Wskaźnikiem szczególnie przydatnym do określania typu otyłości jest WHR (*Waist-Hip Ratio*). Uzyskuje się go, dzieląc pomiar obwodu talii przez obwód bioder w najszerszym miejscu:

$$\text{WHR} = \text{obwód talii (cm)} : \text{obwód bioder (cm)}$$

Jeżeli WHR u kobiet przekracza 0,8, a u mężczyzn 1,0, wówczas rozpoznaje się **otyłość typu brzuszego**. Natomiast jeżeli u kobiet wskaźnik ten będzie równy lub mniejszy niż 0,8, zaś u mężczyzn od 1,0 — stwierdza się postać **otyłości typu pośladkowo-udowego**. Otyłość brzuszna (wisceralna, androidalna, centralna, typu „jabłko”) jest uważana za bardziej typową dla mężczyzn. Otyłość wisceralna nasila powikłania metaboliczne i stanowi poważny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Jest szczególnie niebezpieczna, ale łatwiej poddaje się redukcji niż typ pośladkowo-udowy (otyłość ginoidealna, typu „gruszka”). Wskaźnik WHR pozwala więc wykryć szczególnie niekorzystny dla zdrowia typ otyłości. Co więcej, WHR jest uznawany za lepszy wskaźnik zagrożenia chorobą niedokrwinną serca po 65. roku życia niż BMI. Natomiast sam obwód brzucha mierzony w talii jest trafnym miernikiem prawdopodobieństwa zaburzeń metabolicznych.

⁷⁷ M. JABŁOW: *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*. Przeł. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk, GWP, 2000, s. 85.

⁷⁸ I. PALCZEWSKA: *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 1995, s. 23—29.

⁷⁹ Zob. J. TATOŃ: *Otyłość...*, s. 16—22.

⁸⁰ S. OWCZAREK: *O otyłości i odchudzaniu*. Warszawa, AWF, 1989. Podano za: N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 47.

Zwiększa się ono, gdy BMI wynosi 25, a obwód brzucha: 94 cm u mężczyzn i 80 cm u kobiet. Znaczne ryzyko pojawienia się zaburzeń metabolicznych jest w dużym stopniu związane z przekroczeniem wartości 102 cm obwodu brzucha u mężczyzn i 88 cm u kobiet⁸¹.

Przedstawione sposoby klasyfikacji nadwagi i otyłości dotyczą medycznego sposobu ich rozumienia, który odwołuje się do pojęcia normy wagi i norm związanych z ilością tkanki tłuszczowej w organizmie. Według kryterium medycznego osobą otyłą jest ta, której ciężar ciała odbiega od określonych wartości wyznaczających prawidłową wagę. Jednakże, jak podkreśla N. Ogińska-Bulik⁸², takie ujęcie nie pozwala w pełni wyjaśnić, czym jest nadwaga i otyłość. Zdaniem badaczki, nie można pomijać aspektu społecznego otyłości, związanego przede wszystkim z postrzeganiem osób otyłych przez innych oraz przypisywaniem im określonych właściwości. Ponadto, nie należy pomniejszać znaczenia psychologicznego nadmiernej masy ciała, z perspektywy psychologicznej bowiem istotnym kryterium jest subiektywna ocena i poczucie bycia osobą otyłą. Nie zawsze przecież osobie przekraczającej wagę według kryterium medycznego musi towarzyszyć poczucie otyłości i odwrotnie — wśród osób z prawidłową masą ciała można spotkać jednostki odczuwające dyskomfort związany z poczuciem nadwagi.

4. Nadmierna masa ciała — wyzwaniem dla zdrowia publicznego i promocji zdrowia

Chociaż w literaturze przedmiotu można odnaleźć różniące się nieco od siebie dane statystyczne dotyczące stopnia występowania nadwagi i otyłości, to jednak wszystkie źródła zgodnie potwierdzają, że są to zjawiska powszechne, których częstotliwość stale wzrasta i które stają się niebagatelnym problemem zdrowia publicznego społeczeństw oraz jednocześnie ogromnym wyzwaniem dla rządów zarówno większości rozwiniętych, jak i rozwijających się państw. Marie-Aline Charles, epidemiolog w INSERM (Narodowy Instytut Zdrowia i Badań Medycznych we Francji), twierdzi,

⁸¹ W ocenie otyłości organizmu wykorzystywana jest także metoda densytryczna, która polega na całkowitym pomiarze komponentu tłuszczowego. Pomiaru dokonuje się najczęściej w okolicy brzucha, co może być wskaźnikiem otyłości wisceralnej, zwłaszcza u mężczyzn. Podano za: N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernej jedzenia...*, s. 47—48.

⁸² Ibidem, s. 51—52.

iż wzrost powszechności występowania otyłości jest skutkiem ubocznym rozwoju gospodarczego, w opinii zaś Arnauda Basdevanta — kierownika oddziału szpitala Hotel-Dieu w Paryżu — „Predyspozycje genetyczne nie wyjaśniają spektakularnego nasilenia występowania choroby, będącej przypadłością przede wszystkim środowiskową [...]. Nadwaga rozkwitła w nowoczesnym społeczeństwie, które je żywność o coraz większej wartości energetycznej, a jednocześnie jest coraz mniej ruchliwe”⁸³. Warto zauważyć, iż wraz z upływem czasu zmienia się stopień rozpowszechnienia nadwagi i otyłości. Okazuje się bowiem, że częstość występowania otyłości wzrosła trzykrotnie od lat 80. XX wieku, nawet w krajach, w których zwykle wskaźniki nadwagi i otyłości były niskie (np. w Wielkiej Brytanii, Danii, we Francji, w Szwajcarii oraz na Węgrzech).

Z danych szacunkowych wynika, że łącznie na świecie żyje ponad miliard osób z nadwagą (1,6 mld), z czego 400 mln jest otyłych⁸⁴. Otyli stanowią jedną trzecią populacji Stanów Zjednoczonych — co oznacza, że 32 mln kobiet i 26 mln mężczyzn jest otyłych⁸⁵. Statystyki ogólnoeuropejskie natomiast wskazują, że nadwaga dotyka 30—70%, a otyłość 10—30% dorosłych osób. Ponadto, stwierdzono, że liczba europejskich niemowląt i dzieci przekraczających normy wagowe regularnie wzrastała w latach 1990—2008 i szacuje się, że ponad 60% dzieci, które cechuje nadmierna masa ciała przed okresem dojrzewania, będzie otyłych w okresie wczesnej dorosłości⁸⁶. Badania prowadzone w 24 krajach Europy pokazują jednoznacznie, że otyłość występuje częściej w krajach Europy Wschodniej (gdzie jej udział w populacji wynosi 13—20%) niż w krajach Europy Zachodniej (gdzie występuje ona u 6—13% populacji). Według innych źródeł, w krajach, które prowadziły pomiary z uwzględnieniem płci, rozpowszechnienie nadwagi występuje w granicach 32—79% wśród mężczyzn i 28—78% wśród kobiet. Poza tym, nadwaga jest najbardziej rozpowszechniona w Albanii, Bośni i Hercegowinie oraz w Wielkiej Brytanii (w Szkocji); najniższy poziom występuje zaś w Turkmenistanie i Uzbekistanie. W kontekście otyłości stwierdzono, że jej rozpowszechnienie sięga od 5% do 23% wśród mężczyzn i od 7% do 36% wśród kobiet. Częstość występowania otyłości jest większa wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami w obrębie 14

⁸³ S. BLANCHARD: *Francja tyje*. „Le Monde” z 24.01.2006 r. [tłumaczenie artykułu było dostępne na stronie www.onet.pl, strona z tekstem wygasła].

⁸⁴ A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa, Difin sp. z o.o., 2008, s. 84.

⁸⁵ N. ETCOFF: *Przetrwaj najpiękniejsi. Wszystko, co nauka mówi o ludzkim pięknie*. Przeł. D. CIEŚLA. Warszawa, CiS i WAB, 2002. Podano za: A. BRYTEK-MATERA: *Obraz ciała — obraz siebie...*, s. 84.

⁸⁶ <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> [data dostępu: 18.09.2013]. Tłumaczenie — K.L.

z 36 krajów dysponujących danymi dla obu płci, podczas gdy powszechność nadwagi jest większa wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami we wszystkich 36 państwach⁸⁷.

W Polsce, jak wskazuje Główny Urząd Statystyczny⁸⁸, masa ciała dorosłego Polaka w porównaniu z 2004 rokiem wzrasta, a zbyt dużą masę ciała ma już co drugi Polak i relatywnie częściej problemy z nadmierną masą występują wśród mężczyzn. W ostatnich latach populacja dorosłych mężczyzn z nadwagą lub otyłych wzrosła o 9 punktów procentowych. Pod koniec 2009 roku 61,4% ogółu mężczyzn ważyło zbyt dużo (44,8% miało nadwagę, a 16,6% zaliczono do grupy ludzi otyłych). Relatywnie częściej zbyt dużą masę ciała mieli mężczyźni mieszkający w miastach niż na wsi. Waga ciała wzrosła we wszystkich grupach wiekowych, przy czym najczęściej tyli mężczyźni stosunkowo młodzi (w wieku 20—39 lat) oraz najstarsi (w wieku 70 lat i więcej). W populacji dorosłych kobiet natomiast liczba osób z nadmierną masą ciała również zwiększyła się, jednakże wzrost ten był niższy aniżeli w przypadku mężczyzn i wyniósł 5 punktów procentowych. Prawie 45% ogółu dorosłych kobiet ważyło zbyt dużo (29% miało nadwagę, a 15% stanowiły kobiety otyłe). Problem nadwagi czy otyłości częściej występuje u kobiet zamieszkujących obszary wiejskie niż u kobiet w mieście. Największy wzrost masy ciała zaobserwowano wśród młodych, między 20. a 49. rokiem życia. Nieznacznie natomiast wzrosła waga kobiet bardzo młodych oraz 50-letnich i starszych. Ponadto, jak wykazują wyniki badania, osoby z nadmierną masą ciała występują głównie w grupie osób 40-letnich lub starszych, posiadających wykształcenie co najmniej zasadnicze zawodowe, mających długotrwałe problemy zdrowotne, osób niepełnosprawnych. Analiza różnic rozkładów masy ciała według płci w poszczególnych regionach wskazuje, że stosunkowo najwięcej ważą mieszkańcy województwa śląskiego, opolskiego, małopolskiego i wielkopolskiego — ponad 53% populacji dorosłych ma wagę powyżej normy i często osiąga poziom otyłości (ma ją co szósty lub siódmy dorosły mieszkaniec wymienionych województw). Natomiast, najrzadziej nadwaga występuje wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego, lubelskiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego — tylko u co drugiej osoby w wieku 15 lat i więcej. W przypadku polskich dzieci i młodzieży, jak oceniają autorzy raportu Państwowego Zakładu

⁸⁷ *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Ed. World Health Organization. Dostępne w Internecie: http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_edoc06.pdf [data dostępu: 14.08.2008]. Por. J. OGDEN: *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Przeł. R. ANDRUSZKO. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011, s. 148—149.

⁸⁸ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Oprac. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych. Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, 2011, s. 55—56.

Higieny⁸⁹, sytuacja w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej jest stosunkowo korzystna, jednakże odnotowano wzrost odsetka dzieci z nadwagą w młodszych grupach wiekowych — w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2004 roku zauważalne jest zwiększenie się średniej wagi ciała dla niemalże każdego rocznika. Tendencja ta jest szczególnie widoczna dla grupy dzieci w wieku 9 lat i więcej⁹⁰. Korzystniejszą — w porównaniu z innymi krajami — sytuację epidemiologiczną w rozpatrywanym zakresie potwierdzają również M. Jodkowska, A. Oblacińska i I. Tabak. W opinii autorek, wskazuje na to ocena dostępnych aktualnych danych epidemiologicznych, spełniających te same kryteria nadwagi i otyłości, jakie zastosowały w swoich badaniach⁹¹, i odnoszących się do uczniów w podobnym wieku. Jak podkreślają autorki, odsetek młodzieży z nadwagą i otyłością w USA był w tym samym czasie ponad trzykrotnie większy niż w Polsce, natomiast w Europie w odniesieniu do młodzieży francuskiej stwierdzano nadmiar masy ciała niemal dwukrotnie częściej niż w przypadku polskich rówieśników. Zasadniczo, w krajach europejskich wśród dzieci stwierdza się nadwagę lub otyłość u ponad 30% dziewczynek i 20% chłopców w wieku 6—10 lat. Wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym (obie płci) najwyższy poziom rozpowszechnienia nadwagi występuje w Portugalii (7—9 lat, 32%), Hiszpanii (2—9 lat, 31%) oraz we Włoszech (6—11 lat, 27%); najniższy zaś w Niemczech (5—6 lat, 13%), na Cyprze (2—6 lat, 14%) oraz w Serbii i Czarnogórze (6—10 lat, 15%). W Szwajcarii poziom nadwagi wśród dzieci wzrósł z 4% w 1960 roku do 18% w roku 2003. W Wielkiej Brytanii liczba otyłych dzieci wzrosła od 8% do 20% w latach 1974—2003⁹², chociaż doniesienia prasowe mówią o potrojeniu się liczby dzieci otyłych w ciągu 20 lat. Szacuje się, że obecnie już co dziesiąty brytyjski sześciolatek jest otyły⁹³. W odniesieniu natomiast do różnych regionów Hiszpanii powszechność

⁸⁹ B. WOJTYNIAK, P. GORYŃSKI: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, 2008.

⁹⁰ *Stan zdrowia ludności...*, s. 56.

⁹¹ Badania przeprowadzone przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w 2005 r. na reprezentatywnej próbie ponad 8,3 tys. uczniów gimnazjum w wieku 13—15 lat. Podano za: M. JODKOWSKA, A. OBLACIŃSKA, I. TABAK: *Epidemiologia otyłości u młodzieży w okresie pokwitania w Polsce*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*. Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 2006, s. 13.

⁹² *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response...*

⁹³ J. RUTKOWSKI: *Inwazja grubasów. Brytyjczycy to najtłustszy naród Europy*. „Polish Express” z 02.04.2007 r. Dostępne w Internecie: <http://wiadomosci.onet.pl/1402471,2678,kioskart.html> [data dostępu: 04.04.2007].

nadwagi uległa podwojeniu od 1985 do 2002 roku. Jedyny zaobserwowany spadek poziomu nadwagi miał miejsce w Rosji w czasie kryzysu ekonomicznego i rozpadu Związku Radzieckiego. Należy zauważyć, iż podobną do europejskiej częstotliwość występowania nadmiernej masy ciała wśród dzieci i młodzieży stwierdza się na kontynencie amerykańskim, gdzie zależnie od grupy etnicznej otyłość i nadwaga dotyczą od 18% do 41% populacji dzieci między 2. a 17. rokiem życia⁹⁴.

Istnieją znaczne rozbieżności w rozpowszechnieniu otyłości w poszczególnych krajach oraz pomiędzy różniącymi się pod względem socjoekonomicznym grupami w obrębie kraju, co podkreśla znaczenie środowiskowych i socjokulturowych czynników w etiologii zjawiska. Okazuje się bowiem, że w większości krajów europejskich otyłość występuje częściej wśród osób z biedniejszych środowisk, charakteryzujących się niższymi dochodami, niższym poziomem edukacji i korzystających z pomocy państwa⁹⁵ (jednakże, w niektórych krajach, takich jak Azerbejdżan i Uzbekistan, otyłość występuje częściej wśród osób o wyższym statusie socjoekonomicznym)⁹⁶. Wśród pozostałych cech demograficznych mających wpływ na poziom masy ciała wymienia się: płeć, wiek, cechy narodowościowe, miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia. Cechy te mogą wzajemnie na siebie oddziaływać i jednocześnie wpływać na poziom masy ciała. Podłużne badania prowadzone przez 34 lata w hrabstwie Alameda w Kalifornii sugerują, iż wśród takich zmiennych, jak: poziom edukacji, rodzaj zatrudnienia i dochody, kluczowym czynnikiem ryzyka dla rozwoju otyłości jest poziom edukacji⁹⁷. Chodzi tu przede wszystkim o ukończenie nauki na poziomie niższym niż szkoła średnia. Inne badania prowadzone w dużej populacji potwierdzają, że zdobycie tylko podstawowego wykształcenia jest czynnikiem ryzyka dla pojawienia się otyłości — w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim lub

⁹⁴ M. SHIELDS: *Overweight and obesity among children and youth*. "Health Reports" 2006, no 17, s. 27—42. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 18.

⁹⁵ Dane zgromadzone w 24 krajach Europy sugerują, że wśród kobiet otyłość współwystępuje z niższym statusem społeczno-ekonomicznym, dostępnością żywności z wysoką zawartością tłuszczu, zamieszkiwaniem w miastach, natomiast rzadziej pojawia się, jeśli dostęp do różnych owoców i warzyw jest większy oraz w przypadku kobiet żyjących samotnie. Wśród mężczyzn otyłość częściej występuje, jeśli w danym rejonie jest większe zagęszczenie autostrad oraz przy mniejszej dostępności owoców i warzyw. Por. B.A. RABIN, T.K. BOEHMER, R.C. BROWNSON: *Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe*. "European Journal of Public Health" 2006, nr 6. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 35.

⁹⁶ *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response...*

⁹⁷ S.C. MATHY, S.A. EVERSON-ROSE, M.N. HAAN, T.E. RAGHUNATHAN, G.A. KAPLAN: *Education, income, occupation and the 34-year incidence (1965—1999) of Type 2 diabetes in the Alameda County Study*. "International Journal of Epidemiology" 2005, no 34, s. 1274—1281. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 36.

wyższym wśród osób z podstawowym wykształceniem otyłość występuje 1,5 raza częściej⁹⁸. W Rosji natomiast mężczyźni lepiej wykształceni częściej są otyli, podczas gdy w Czechach nadmierna masa ciała częściej cechuje mężczyzn o niższym poziomie wykształcenia. Jednocześnie, w obu tych krajach kobiety o niższym poziomie wykształcenia częściej są otyłe. W badaniach przeprowadzonych w Anglii w latach 1993—2001 nie stwierdzono wyraźnego wpływu pozycji społecznej na BMI wśród mężczyzn, chociaż w odniesieniu do kobiet powszechność występowania otyłości była wyższa wśród tych z niższych klas społecznych⁹⁹. Otyłość jest także powszechniejsza wśród ludności napływowej, chociaż przypuszcza się, iż odpowiedzialny za to może być niższy status ekonomiczny. Można zatem stwierdzić, że wpływ pozycji społecznej i poziomu wykształcenia na rozpowszechnienie nadwagi jest większy wśród kobiet. W odniesieniu do mężczyzn wpływ omówionych zmiennych nie jest już tak wyraźny.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, dane są niejednoznaczne. Część badań wskazuje, że otyłość lub nadwaga częściej występują w środowiskach miejskich niż wiejskich, jednak np. w Europie tempo wzrostu częstości występowania nadwagi w ostatnich 20 latach może być nieco szybsze na wsi niż w miastach¹⁰⁰. Na podstawie dotychczas zgromadzonych danych nie można formułować ogólnych wniosków dotyczących wpływu życia na wsi lub w aglomeracjach miejskich na wagę ciała. Jeśli bowiem kontroluje się pochodzenie etniczne, dochody, płeć, liczbę ciąż u kobiet, to różnice te stają się niejednoznaczne i trudne do interpretacji¹⁰¹.

W kontekście zależności pomiędzy wiekiem a występowaniem nadwagi i otyłości wskazuje się, że wśród dorosłych w różnym wieku w Europie Wschodniej i Centralnej nadwaga i otyłość występują najczęściej u mężczyzn w wieku 45—69 oraz u kobiet w wieku 30—80 lat.

Interesujące wydają się dane dotyczące aktywności zawodowej człowieka i jej wpływu na rozwój nadmiernej masy ciała. Okazuje się, iż otyłość i nadwaga są częstsze u kobiet pracujących wyłącznie w domu i niewykonywujących pracy zarobkowej w porównaniu z kobietami w tym samym

⁹⁸ A. KILICARSLAN, M. ISILDAK, G.S. GUVEN, S.G. OZ, M.D. TANNOVER, A.E. DUMAN, O. SASACBASI, T. SOZEN: *Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity in an adult population*. "Journal of the National Medical Association" 2006, nr 98.

⁹⁹ *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response...*

¹⁰⁰ C. PADEZ: *Trends in overweight and obesity in Portuguese conscripts from 1986 to 2000 in relation to place of residence and educational level*. "Public Health" 2006, nr 120. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 35.

¹⁰¹ S.K. LEE, J. SOBAL, E.A. FRONGILLO, C.M. OLSON, W.S. WOLFE: *Parity and body weight in the United States: differences by race and size of place of residence*. "Obesity Research" 2005, no 13, s. 1263—1269. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 36.

wieku pracującymi zawodowo¹⁰². Podobne prawidłowości ustalono dla obu płci — otyłość jest częstsza u osób niezatrudnionych niż u zatrudnionych¹⁰³. Poza rodzajem wykonywanej pracy zawodowej pewne jej psychospołeczne aspekty mogą być czynnikiem ryzyka dla wzrostu wagi ciała. Fińskie badania przeprowadzone wśród ponad 9 000 miejskich urzędników w wieku 40—60 lat wykazują, że u niepokojąco wielu z nich waga ciała zwiększa się w ciągu jednego roku. Problem ten dotyczy 25% kobiet i 19% mężczyzn¹⁰⁴. W analizowanych psychospołecznych charakterystykach pracy poczucie zmęczenia i znużenia nią oraz praca w nadgodzinach były predyktorami wzrostu wagi ciała. Kobiety, które były mniej zadowolone zarówno z zatrudnienia, jak i z życia rodzinnego, tyły częściej. Natomiast mężczyźni, którzy spostrzegali wymagania dotyczące ich pracy jako raczej niskie, tyli rzadziej.

Badania dotyczące wpływu stanu cywilnego na otyłość wskazują na zróżnicowane prawidłowości w zależności od badanej populacji. W ogólnej populacji osób dorosłych bycie osobą zamężną lub żoną zwiększa ryzyko otyłości o ok. 2,5 razy¹⁰⁵. Jeśli rozpatruje się zmianę stanu cywilnego wśród osób po 50. roku życia, to prawidłowości te mogą być nieco inne — kobiety, które owdowiały, mają większą wagę ciała niż te, które żyją w małżeństwie, natomiast owdowiali lub rozwiedzeni mężczyźni są rzadziej otyli niż mężczyźni żonaci¹⁰⁶. W analizowanym kontekście A. Lipowicz, S. Gronkiewicz i R.M. Malina¹⁰⁷ przebadali ponad 6 000 kobiet i mężczyzn aktywnych zawodowo (pracujących we Wrocławiu). Kontrolując wiek, stwierdzili oni, że zamężne kobiety i żonaci mężczyźni mieli wyższe BMI niż osoby samotne (nigdy nieżyjące w związku małżeńskim). Zależności te utrzymywały się na istotnym poziomie zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn, nawet po kontroli innych zmiennych społeczno-ekonomicznych.

¹⁰² C. ERSOY, S. IMAMOGLU: *Comparison of the obesity risk and related factors in employees and unemployed (housewife) premenopausal urban women*. "Diabetes Research and Clinical Practice" 2006, no 72, s. 190—196. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 36.

¹⁰³ A. KILICARSLAN, M. ISILDAK, G.S. GUVEN, S.G. OZ, M.D. TANNOVER, A.E. DUMAN, O. SASACBASI, T. SOZEN: *Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity...*, s. 1313—1317.

¹⁰⁴ T. LALLUKKA, M. LAAKSONEN, P. MARTIKAINEN, S. SARLIO-LAHTENKORVA, E. LAHELMA: *Psychosocial working conditions and weight gain among employees*. "International Journal of Obesity" 2005, no 29, s. 909—915. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 36.

¹⁰⁵ A. KILICARSLAN, M. ISILDAK, G.S. GUVEN, S.G. OZ, M.D. TANNOVER, A.E. DUMAN, O. SASACBASI, T. SOZEN: *Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity...*

¹⁰⁶ J. SOBAL, B.S. RAUSCHENBACH: *Gender, marital status and body weight in older U.S. adults*. "Gender Issues" 2003, no 21, s. 75—94.

¹⁰⁷ A. LIPOWICZ, S. GRONKIEWICZ, R.M. MALINA: *Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland*. "American Journal of Human Biology" 2002, no 14, s. 468—475.

W kontekście zaobserwowanego rozpowszechnienia otyłości wśród osób dorosłych starano się m.in. pokazać wpływ różnic socjoekonomicznych na częstość występowania zjawiska. Analogiczne różnice zauważa się w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Niektóre badania wskazały bowiem na niski status socjoekonomiczny jako przyczynę rozwoju nadwagi u dzieci. Stwierdzono, że w Wielkiej Brytanii, w Szkocji otyłość wśród dzieci w wieku 3 lat jest powszechniejsza w biedniejszych rodzinach. W Anglii otyłość wśród dzieci w wieku 2—10 lat jest częściej spotykana w rodzinach o gorszym statusie socjalnym i o niższych dochodach. W dodatku, problem ten znacznie pogłębił się w ciągu ostatniej dekady wśród ubogich rodzin¹⁰⁸. Innym przykładem jest Francja, gdzie poziom życia był czynnikiem ściśle związanym z występowaniem otyłości u dzieci, co wykazano niezależnie od zastosowanej metody badania. Jedno z takich badań pokazało, że częstość nadwagi i otyłości wahała się od 11% wśród dzieci pochodzących z rodzin o miesięcznych dochodach na osobę przekraczających 1500 euro do 17,5% wśród dzieci z rodzin o dochodach poniżej 300 euro na osobę. W innych badaniach, przeprowadzonych wśród jedenasto-, dwunastolatków, 12,8% dzieci osób wykształconych miało nadwagę lub było otyłych w stosunku do 27,2% dzieci robotników niewykwalifikowanych¹⁰⁹. Dane te potwierdza A. Basdevant, który twierdzi, iż: „Zaledwie 6,5% dzieci ludzi na kierowniczych stanowiskach czy wolnych zawodów ma problemy z nadwagą, podczas gdy w rodzinach robotników i bezrobotnych odsetek ten wynosi 23%”¹¹⁰. Podobne rezultaty uzyskano w jednym z nielicznych badań prowadzonych w Polsce, gdzie analizowano zależności między wykształceniem rodziców a częstością występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci¹¹¹. Oceniano zmiany, jakie zaszły między 1987 a 1997 rokiem, i wykazano, że największy wzrost częstotliwości występowania nadmiernej wagi ciała u dzieci stwierdzono w przypadkach, gdy matka miała jedynie wykształcenie podstawowe. Warto jednak podkreślić, iż zaobserwowane w ostatnim czasie różnice międzyklasowe — podobnie jak w wypadku innych społeczno-ekonomicznych determinantów nadwagi i otyłości — mogą się powoli zmniejszać. Zanotowano bowiem, że w rodzinach, w których rodzice mieli wyższe wykształcenie, w analizowanych latach nastąpił istotny wzrost częstotliwości występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci.

¹⁰⁸ *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response...*

¹⁰⁹ M.A. CHARLES: *Epidemiologia otyłości dziecięcej*. W: *Otyłość u dzieci*. Red. P. TOUNIAN. Przeł. Z. WNUK-ZDEB. Warszawa, PZWL, 2008, s. 74—75.

¹¹⁰ S. BLANCHARD: *Francja tyje...*

¹¹¹ S. KOZIEL, H. KOŁODZIEJ, S.L. ULJASZEK: *Parental education, body mass index and prevalence of obesity among 14-year-old boys between 1987 and 1997 in Wrocław, Poland*. „European Journal of Epidemiology” 2000, no 16, s. 1163—1167.

Bez wątpienia można stwierdzić, iż nadmiar masy ciała stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego XXI wieku w Europie i na świecie. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia przewidują stały wzrost masy ciała przeciętnego mieszkańca Ziemi w ciągu następnych 10 lat¹¹². Wyniki badań amerykańskich pokazują, że w 2030 roku 78,9% dorosłych Amerykanów będzie charakteryzować nadwaga lub otyłość, podczas gdy 49,9% będzie otyłych. Jeżeli epidemia nie zostanie opanowana, obecną populację Amerykanów cechować będzie krótsza oczekiwana długość życia niż ich rodziców¹¹³. Prognozy te powinny skłaniać do refleksji nad przyczynami i konsekwencjami tak szybkiego rozpowszechniania się analizowanego zjawiska oraz prowadzić do podejmowania zapobiegawczych i leczniczych działań, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i ogólnospołecznym.

¹¹² M. BUKSIŃSKA-LISIK, W. LISIK, T. ZALESKA: *Otyłość — choroba interdyscyplinarna*. „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 1, s. 72—77.

¹¹³ Y. WANG, M. BEYDOUN, L. LIANG, B. CABALLERO, SK. KUMANYIKA: *Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic*. “Obesity” 2008, 16 (10), s. 2323—2330. Podano za: M. SZYMOCHA, M. BRYŁA, I. MANIECKA-BRYŁA: *Epidemia otyłości w XXI wieku*. „Zdrowie Publiczne” 2009, nr 119 (2), s. 207—212.

Rozdział drugi

Uwarunkowania nadwagi i otyłości

1. Kultura masowa a etiologia nadmiernej masy ciała

Granica tysiącleci, jakiej ludzkość doświadczyła kilkanaście lat temu, wywołała wzmożoną refleksję na temat minionej epoki i samego okresu przełomu, procesów dokonujących się transformacji¹. Terminologia i spekulacje prognostyczne, tak popularne przed 20—30 laty, jak gdyby utraciły na atrakcyjności i aktualności. Wpłynąć na to mógł fakt, że były one formułowane przy założeniu względnej trwałości istniejących form społecznych charakteryzujących się dwubiegunowością wynikającą z politycznego podziału świata. „Obecnie przeciwieństwa i antagonizmy osłabły, a przestrzenne granice podziałów uległy przesunięciu. Toczą się natomiast spory co do charakteru współczesności ujmowanej jako bądź postnowoczesność, bądź późna nowoczesność czy nowoczesność po prostu”². Jednakże, część socjologicznego środowiska skłania się ku koncepcji epoki postmodernizmu, dla której jednym ze znamiennych jest zjawisko globalizacji³. Zgodnie z określeniem R. Robertsona, globalizacja polega na „kompresji, na stłoczeniu, skupianiu się faktów, norm, wartości pochodzących z różnych kultur narodowych, różnych faz rozwojowych, poziomów intelektualnych i orientacji aksjologicznych. To nie jest stopienie się w jedną homogeniczną całość uprzedniej różnorodności kultur narodowych, ale raczej konfrontacja

¹ Pojęcie transformacji zakłada trwanie w czasie procesu przekształceń, w którym często splatają się elementy z sobą sprzeczne i tendencje przeciwstawne. Podano za: A. KŁOSKOWSKA: *Kultury narodowe wobec globalizacji a tożsamość jednostki*. „Kultura i Społeczeństwo” 1997, nr 2, s. 3.

² Ibidem.

³ Por. ibidem.

odmian tworzących tę różnorodność”⁴. A. Kłoskowska przez konfrontację rozumie „nie konieczne, konfliktowe starcie, lecz wzajemne przybliżenie powodujące uświadomienie różnorodności”⁵. Trudno nie zgodzić się z opinią, iż proces globalizacji „narusza harmonijny i uprzednio bardziej ograniczony proces przyjmowania treści obcych. Odnosi się to zwłaszcza do współczesnej kultury popularnej”⁶.

Badania socjologiczne wskazują, że **kultura popularna** stanowi bardzo ważny czynnik edukacji i socjalizacji, jest jednym z najważniejszych sposobów wykorzystywanych przez ludzi dla nadania sensu sobie samym, swojemu życiu i światu⁷. Siła jej oddziaływania powoduje, że staje się ona — zdaniem L. Grossberga — „znaczącą i skuteczną częścią materialnej rzeczywistości historycznej, kształtując (w ten sposób) warunki naszej egzystencji”⁸. Obok pojęcia „kultura popularna” w świadomości społecznej funkcjonuje równoległe termin „**kultura masowa**”. Chociaż pojęcia te często używane są zamiennie, warto zaznaczyć, że obecnie różnią się między sobą znaczeniowo. Samo bowiem określenie „kultura masowa” pojawiło się ok. pół wieku temu w celu nazwania nowych zjawisk zagrażających „prawdziwej”, „wysokiej” kulturze. Obecnie wydaje się, że termin ten stosowany w dawnym rozumieniu stracił rację bytu i często używa się dziś określenia „kultura popularna”, odzwierciedlając jednocześnie zmianę podejścia do obu tych zagadnień⁹.

⁴ R. ROBERTSON: *Globalization. Social theory and global culture*. London, Sage, 1992. Podano za: A. KŁOSKOWSKA: *Kultury narodowe...*, s. 8—9.

⁵ A. KŁOSKOWSKA: *Kultury narodowe...*, s. 9.

⁶ Ibidem, s. 14.

⁷ Z. MEŁOSIK: *Edukacja zdrowotna i kultura popularna. Problemy i kontrowersje*. W: *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Red. V. KORPOROWICZ. Warszawa, Szkoła Główna Handlowa, 2004, s. 217.

⁸ L. GROSSBERG: *We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture*. New York, Routledge, 1992, s. 69. Podano za: Z. MEŁOSIK: *Edukacja zdrowotna...*, s. 217.

⁹ Warto zaznaczyć, że zjawiska, do których termin „kultura masowa” odnosił się w sposób wartościujący (jego synonimy to: kultura niska, trywialna, wulgarna), skomplikowały się tak bardzo, że postrzeganie kultury jako zestawu segmentów nie oddaje dziś jej prawdziwego stanu. Dawna kultura masowa przez lata znacznie awansowała, wyraźnie zmieniła swoje oblicze. Pojawienie się bogactwa nowych, zaskakujących, wymykających się klarownemu opisowi, niejednoznacznych w interpretacji zjawisk zmusza dziś do odrzucenia dawnego, wartościującego podejścia do współczesnej kultury. Ma ona raczej charakter mozaikowy — tworzą ją elementy powstałe w efekcie przenikania się różnorodnych treści, będące owocem rozmaitych motywacji twórczych oraz potrzeb odbiorców. Współczesne wytwory i zjawiska kultury masowej są najczęściej złożone, mają różne warstwy i możliwe wersje odbioru. Por. P. Kossowski: *Dziecko i reklama telewizyjna*. Warszawa, Żak, 1999, s. 29—30.

Wielu teoretyków twierdzi, iż występujące współcześnie na świecie procesy globalizacji w coraz większym stopniu polegają na jednostronnym przepływie wzorów i wartości kulturowych ze Stanów Zjednoczonych do reszty świata, który „w coraz większym stopniu wygląda jak Ameryka”¹⁰. Stąd też postępujący proces globalizacji kultury utożsamia się często ze zjawiskiem amerykanizacji¹¹. Pod pojęciem **amerykanizacji** natomiast rozumie się także progresywny proces wypierania z życia społecznego elementów rodzimej kultury, w miejsce których wprowadzane są ich amerykańskie substytuty¹². P. Iyer twierdzi, że „świat w coraz większym stopniu staje się podobny do Ameryki”¹³. Według krytyków zjawiska amerykanizacji, jednym z ważnych jej nośników jest kultura typu *fast food*, wraz z towarzyszącym jej stylem życia¹⁴. W kontekście nadwagi i otyłości wśród amerykańskich form kulturowych, które eksportowane są na cały świat, na szczególną uwagę zasługuje McDonald’s. Jest on do tego stopnia rozpowszechniony, iż zjawisko „mcdonaldyzacji”¹⁵ świata, wraz z jego „coca-colizacją” i „los-angelizacją”, stało się ważnym obszarem badań nad przemianami współczesnej kultury. McDonald’s zmienia przekonania i postawy wobec zdrowego odżywiania się, gdyż proponuje społeczeństwu orientację w kierunku *fast food*. Producenci szybkich dań stają tym samym w opozycji do lekarzy i ekspertów w zakresie zdrowego odżywiania się, którzy od wielu lat podkreślają negatywny wpływ fast foodu na organizm, zawiera on bowiem zbyt dużo tłuszczu i cholesterolu, zbyt wiele kalorii, zbyt dużo soli i cukru¹⁶, a niewystarczającą ilość warzyw i owoców. Zarówno McDonald’s, jak i inne sieci szybkich dań starają się na różne sposoby być postrzeganymi jako restauracje oferujące świeże i zdrowe produkty, sugerując troskę o klienta. Wydaje się, że w znacznym stopniu udaje się fast foodowym korporacjom przyciągnąć konsumentów, głównie za pomocą oddziaływania na tożsamość klienta. Wszystko tam jest „natychmiastowe”, uśmiechnięte, życzliwe, kolorowe i bezproblemowe¹⁷. Produkty żywnościowe typu *fast food* stają się

¹⁰ P. IYER: *The Global village finally arrives*. „Time” 1993, Fall, Special Issue, s. 86. Podano za: Z. MEŁOSIK: *McDonald’s, tożsamość i zdrowie*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. MEŁOSIK. Toruń—Poznań, Edytor, 1999, s. 104.

¹¹ Z. MEŁOSIK: *Edukacja zdrowotna...*, s. 218.

¹² P. WĄSALA: *O amerykanizacji polskiej telewizji publicznej*. „Kultura i Społeczeństwo” 1996, nr 2, s. 91.

¹³ P. IYER: *The Global village finally arrives...*, s. 86.

¹⁴ Z. MEŁOSIK: *McDonald’s, tożsamość i zdrowie...*, s. 104.

¹⁵ *Mcdonaldyzacja* to proces stopniowego upowszechniania się zasad działania restauracji szybkich dań we wszystkich dziedzinach życia społecznego w Stanach Zjednoczonych oraz na całym świecie. Por. G. RITZER: *Makdonaldyzacja społeczeństwa*. Przeł. L. STAWOWY. Warszawa, Muza, 2003, s. 14.

¹⁶ Z. MEŁOSIK: *McDonald’s, tożsamość i zdrowie...*, s. 98.

¹⁷ Z. MEŁOSIK: *Edukacja zdrowotna...*, s. 219.

w powszechnej opinii (a szczególnie wśród dzieci i młodzieży) jedzeniem zdrowym, pożywnym i świeżym. Można zatem powiedzieć, że współczesna kultura popularna zmienia stosunek ludzi (a przede wszystkim młodego pokolenia) do własnego ciała i zdrowia. To, co przez lekarzy uznawane jest za niekorzystne dla zdrowia, z perspektywy potoczności i codzienności nabiera charakteru „zdrowego”, wartościowego i pożądanego¹⁸.

Z kulturą popularną nierozzerwalnie związana jest idea **społeczeństwa konsumpcji**¹⁹. Konsumpcja jest współcześnie głównym regulatorem wielu procesów społecznych, ponieważ przechwyciła liczne funkcje spełniane dotychczas w tym kontekście przez kulturę (a przede wszystkim przez takie jej elementy, jak: tradycja i kulturowy kanon, obyczaj, moralność, wartości transmitowane w procesie socjalizacji czy przez tzw. kulturę wyższą). Szeroko rozumiane konsumowanie dóbr pojawiło się również w takim momencie historycznym, w którym wiele z dotychczasowych funkcji kultury uległo dezaktualizacji²⁰. Z punktu widzenia zjawiska nadwagi i otyłości pojęcie konsumpcji (w podstawowym znaczeniu) jest istotne głównie w kontekście spożywania znacznych ilości często niezdrowych i tanich produktów żywnościowych. W Polsce tendencję taką można dostrzec po roku 1989, kiedy to polskie społeczeństwo niejako „zachłysnęło” się wielością, różnorodnością, dostępnością produktów wszelkiego rodzaju, w tym także spożywczych. Stąd w dużej mierze wynika tendencja części społeczeństwa do konsumowania „za dużo, za tłusto, za słodko”. Dodatkowo, niemalże nieograniczony dostęp do takich wynalazków, jak: telewizja, Internet, gry komputerowe itp., sprawia, że współczesny człowiek w coraz większym stopniu staje się „siedzącym niewolnikiem” postępu cywilizacyjnego. Reasumując, wszystko to w oczywisty sposób przyczynia się do obniżenia poziomu zdrowia współczesnego społeczeństwa, z prawdopodobieństwem rozwoju nadwagi i otyłości łącznie.

Jak zauważa Z. Melosik, „decydującą rolę w kształtowaniu nowoczesnego społeczeństwa konsumpcji odgrywają **mass media** oraz **reklama**. To one w dużej mierze kształtują styl życia jednostek oraz ich zachowania społeczne — w tym również zdrowotne. W perspektywie oddziaływania ponowoczesnej kultury popularnej postawy jednostek wobec problemów

¹⁸ Ibidem, s. 219—220. Zob. E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów. Ciemna strona amerykańskich szybkich dań*. Przeł. L. NIEDZIELSKI. Warszawa, Muza, 2005.

¹⁹ Z. MELOSIK: *Edukacja zdrowotna...*, s. 217.

Pod pojęciem „społeczeństwo konsumpcji” rozumie się etap rozwojowy społeczeństwa, w którym konsumpcja traktowana jest jako wartość najwyższa, zarówno ze względu na jej funkcje gospodarczo-państwowe (utrzymywanie wzrostu), jak i cele życiowe jednostek. Por. J. SZCZEPAŃSKI: *Konsumpcja a rozwój człowieka*. Warszawa, PWE, 1981.

²⁰ M. KRAJEWSKI: *Konsumpcja i współczesność. O pewnej perspektywie rozumienia świata społecznego*. „Kultura i Społeczeństwo” 1997, nr 3, s. 7.

zdrowia/choroby oraz własnego ciała zmieniają się. Badania wykazują, że w coraz większym stopniu podporządkowane są one idei nieograniczonej konsumpcji oraz standardom lansowanym przez media, reklamę i modę²¹. Warto zauważyć, że przez długie lata nie zwracano większej uwagi na skutki oddziaływania mass mediów na psychikę ludzi, sposób ich myślenia i działania w sferze społecznej. Obecnie wydaje się, że społeczeństwo zostało bardziej lub mniej uzależnione od środków masowego przekazu jako kanałów wpływania na postawy i zachowania człowieka²². Nic więc dziwnego, że „dzisiejsze przekonanie o tym, że mass media wywierają jakiś wpływ na odbiorców, stanowi wręcz aksjomat, nie ma bowiem przekazów pozbawionych celów, intencji, znaczeń ani też ludzi, w których psychice kontakty medialne nie pozostawiają śladów”²³. Jednakże, poza tą tezą kończy się powszechna zgoda co do relacji media — człowiek²⁴, pomimo bowiem wielu przeprowadzonych badań nie ma wciąż prostych odpowiedzi na pytania o oddziaływanie mass mediów na człowieka, a nawet nie ma ogólnej zgody co do interpretacji uzyskanych już wyników zarówno wśród praktyków, jak i teoretyków — badaczy komunikowania²⁵. Zapewne jednak — jak już wcześniej wspomniano — media masowe w mniejszym lub większym stopniu wyznaczają ludzkie poglądy, postawy i zachowania, kształtując w dużym stopniu styl życia jednostki.

W kontekście zjawiska nadmiernej masy ciała zapewne krzywdzące byłoby arbitralne stwierdzenie, że mass media propagują wyłącznie szko-

²¹ Z. MEŁOSIK: *Edukacja zdrowotna...*, s. 217.

²² Zdaniem wielu teoretyków, kultura jest dzisiaj na etapie mediokracji. Media wkraczają niemal w każdą dziedzinę naszego życia, próbują narzucać swój świat wartości, organizować nasz czas, decydować o naszych wyborach. Dla wielu stają się podstawowym źródłem wiedzy, informacji i autorytetem. Codzienny kontakt z mediami audiowizualnymi jest dziś czymś powszednim. To, co widzi człowiek na telewizyjnym ekranie, miesza się z czasem w jego świadomości, a jednocześnie splata z codziennością. Tak powstaje pozorna, medialna świadomość człowieka, w której wiedza, poglądy, wartościowanie mają źródło w spreparowanych przekazach audiowizualnych, i to taki typ świadomości staje się dla ludzi punktem odniesienia, a nie bezpośrednie doświadczenia. Por. P. Kossowski: *Dziecko i reklama...*, s. 38. Zob. P.T. NOWAKOWSKI: *Fast food dla mózgu czyli telewizja i okolice*. Tychy, Maternus Media, 2002.

²³ P. Kossowski: *Dziecko i reklama...*, s. 50.

²⁴ W podejściu do tego tematu zaznaczają się natomiast dwa przeciwstawne nurty. Pierwszy z nich opiera się na tradycyjnym schemacie Lasswella. Człowiek jest tutaj pasywnym, bezwolnym, nie do końca świadomym obiektem oddziaływania mediów, które manipulują nim, osiągając własne cele. Reprezentanci tego podejścia posługują się pojęciami „wpływ” i „efekty oddziaływania”, choć mogą one dotyczyć bardzo różnych faktów. Drugi nurt zdaje się dystansować od przekonania o wszechpotędze mass mediów. Paradygmat będący jego podstawą zakłada istnienie aktywnego, świadomego „użytkownika” mediów, celowo selekcjonującego dostępną ofertę wedle indywidualnych potrzeb, odnoszonych korzyści i uzyskiwanych satysfakcji. Por. ibidem.

²⁵ Ibidem, s. 49.

dliwe, sprzyjające nadwadze i otyłości czy antyzdrowotne zachowania. Z jednej strony bowiem telewizja, radio, prasa, plakaty czy inne przekazy informacji używane są do rozpowszechniania wiedzy, kształtowania poglądów i zachęcania do prozdrowotnych zachowań. Innymi słowy, środki masowego przekazu podejmują szereg akcji służących podnoszeniu poziomu zdrowotnego w społeczeństwie²⁶. Z drugiej jednak strony, siła przyciągania mediów, wynikająca z prezentowania treści łatwych i przyjemnych, może wywoływać u odbiorców potrzebę ciągłego kontaktu emocjonalnego z medium (najczęściej z TV, ale ostatnio także z Internetem), przybierającą z czasem postać narkotycznego uzależnienia²⁷. To, co istotne z punktu widzenia analizowanego zjawiska, to związany z tym brak aktywności fizycznej i podjadanie, najczęściej słodczy czy innych wysokokalorycznych przekąsek, co stanowi zasadniczy czynnik w etiologii nadwagi i otyłości, szczególnie u osób z grupy podwyższonego ryzyka (np. predyspozycje genetyczne). Ponadto, warto przytoczyć raport Światowej Organizacji Zdrowia²⁸, która w rozważanej kwestii twierdzi, że media, włączając telewizję, radio i prasę, odgrywają ogromną rolę w upowszechnianiu informacji na temat zachowań konsumpcyjnych. Sądzi się, że stanowią one część nieformalnej edukacji i mają wpływ na wybory ludzi. Niezwykle istotne jest również to, że — jak podaje raport — dużo więcej pieniędzy przeznaczają się na promocję wysokotłuszczowego i wysokokalorycznego jedzenia aniżeli na promocję zdrowego żywienia. Wydaje się, że autorzy raportu nie mają wątpliwości, iż media dostarczają wielu informacji o nowych produktach żywnościowych i perswazyjnie oddziałują na wybór jedzenia. Co więcej, sądzą oni, że miały one zasadniczy udział w procesie zmiany wzorców żywieniowych w ostatniej dekadzie. Istotnym zatem zarzutem w kierunku mass mediów — w kontekście zjawiska nadwagi i otyłości — jest bezkrytyczne niemalże prezentowanie reklam za ich pośrednictwem²⁹. Jako że reklama stanowi podstawę promocji rynkowej, jej głównym celem jest udzielanie informacji konsumentowi i przekonywanie go do produktu, a więc także i jego

²⁶ M. WAWRZAK-CHODACZEK: *Rola środków masowego przekazu w promocji zdrowia*. W: *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*. Red. Z. CZAPLICKI, W. MUZYKA. Olsztyn, Polskie Towarzystwo Pedagogiczne, 1995, s. 88—95.

²⁷ P. KOSSOWSKI: *Dziecko i reklama...*, s. 52.

²⁸ *Obesity in Europe*. Ed. World Health Organization, s. 132—133. Dostępne w Internecie: <http://www.euro.who.int/obesity> [data dostępu: 16.10.2006].

²⁹ Okazuje się bowiem, że — jak twierdzi M. GIERULA (*Skuteczność reklamy a manipulacja danymi socjologicznymi*). „Aida — Media. Teoria i Praktyka Reklamy” 1994, nr 2) — „w kwestii przyciągania reklamodawców i prezentowania reklam mediom przyświeca wyłącznie cel komercyjny a nie dobro, w tym także zdrowotne, odbiorców. Zapewne wynika to z faktu, że reklama jest dziś w zasadzie finansową podstawą funkcjonowania mediów, a szczególnie telewizji, dlatego też wykorzystuje się wszystkie prawnie dopuszczalne możliwości”. Por. P. KOSSOWSKI: *Dziecko i reklama...*, s. 88.

konsumpcji. Nic zatem dziwnego, że najczęściej ukrywa negatywne cechy reklamowanych środków spożywczych lub możliwość niekorzystnych skutków nadmiernego ich spożycia. Konsument, mimo że może wybrać żywność bardziej wartościową, często nie zdaje sobie sprawy, że atrakcyjniejsze walory sensoryczne nie oznaczają wyższej wartości odżywczej, a bywa nawet odwrotnie. W reklamach bowiem najczęściej nie podaje się informacji dotyczących rzeczywistego wpływu promowanego produktu na organizm człowieka, większość zaś twierdzeń reklamowych ogranicza się do przekazania informacji na temat smaku, aromatu, nowości rynkowej lub odwołuje się do sfery czysto emocjonalnej, przekonując np. o dużej przyjemności ze spożycia produktu. Największe niebezpieczeństwa rodzą się właśnie wówczas, gdy dopuszcza się do przekazu opinii błędnych, niepełnych, niezgodnych z nauką. Takie sytuacje — podawanie treści niespójnych i mylących — zdarzają się zarówno w Polsce, jak i za granicą. A przecież — należy raz jeszcze podkreślić — reklama (głównie telewizyjna) może wywierać znaczący wpływ nie tylko na ludzkie poglądy, ale i działania zmierzające w konsekwencji do zmiany nawyków i stylu życia (również w kierunku prowadzącym do otyłości)³⁰. Podobne znaczenie przypisuje reklamie J. Tatoń. Uważa on, że „zła reklama czy moda często kreują sposób wyboru niektórych produktów żywieniowych wpływających na powstawanie nadwagi i otyłości. Są to więc zazwyczaj bogate w energię, agresywnie przedstawione produkty, takie jak: słodczyce, lody, jedzenie typu fast-food, słodkie napoje lub napoje alkoholowe, itp.”³¹. Ponadto, jak twierdzi E. Schlosser, „zalew reklam fast-foodu, wypełnionych grubymi, soczystymi hamburgerami i długimi, złocistymi frytkami, rzadko kiedy wspomina o tym, skąd to jedzenie dziś pochodzi i jakie zawiera składniki”³².

Na polskim gruncie analizy treści reklam żywnościowych w programach polskiej telewizji publicznej dokonały m.in. A. Kołłajtis-Dołowy i M. Weber³³. Autorki na podstawie swoich badań pokazały, że najwięcej czasu antenowego zajęły reklamy produktów niewskazanych do spożycia w większej ilości (słodczyce, tłuszcze, żywność typu *fast food*, napoje typu cola). Dodatkowo, część podanych twierdzeń (ok. 20% wszystkich reklam emitowanych przez telewizję publiczną) okazała się nierzetelna i/lub niezgodna z aktualną wiedzą i mogła wprowadzać konsumentów w błąd. Dlatego też — zdaniem badaczek — niekorzystny wpływ reklam na kształtowanie nawyków

³⁰ A. KOŁŁAJTIS-DOŁOWY, M. WEBER: *Analiza treści reklam żywnościowych w programach polskiej telewizji publicznej*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 1999, T. 26, nr 3, s. 207–208.

³¹ J. TATOŃ: *Zarys patogenezy otyłości*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1995, nr 50, supl. 1, s. 9.

³² E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów...*, s. 16.

³³ A. KOŁŁAJTIS-DOŁOWY, M. WEBER: *Analiza treści reklam...*, s. 227.

żywieniowych należy uznać za potencjalne zagrożenie. Warto jednocześnie zaznaczyć, że niezwykle ważna jest sama podatność jednostki na reklamę, co jest kwestią indywidualną i w dużym stopniu zależy od poziomu wiedzy i świadomości, która decyduje o dokonywanych wyborach konsumenckich. Szczególnie narażone na negatywny wpływ reklam są dzieci. Udokumentowano nawet, że telewizja przyczynia się do powstawania u nich otyłości, spędzają one bowiem przed telewizorem wiele godzin i doskonale znają pojawiające się reklamy. W efekcie tego dzieci najchętniej jedzą produkty najczęściej reklamowane oraz — jak wcześniej wspomniano — wysokokaloryczne i mało wartościowe pod względem zdrowotnym³⁴. Podobnego zdania są autorzy przytaczanego już raportu WHO³⁵, którzy twierdzą, że chociaż przemysł reklamowy zaprzecza, jakoby miał on duży wpływ na zwyczaje żywieniowe dzieci i młodzieży, to jednak wiele wyników badań sugeruje, że wpływ ten istnieje, zwłaszcza w grupach osób szczególnie podatnych na perswazję; dostrzega się też silne powiązanie między konsumowanymi przez dzieci produktami z ich reklamą w telewizji³⁶. O indywidualnym oddziaływaniu reklamy na wybory konsumenta mogą świadczyć także wyniki badań dotyczących m.in. stosunku otyłych kobiet do reklamowanych produktów. Stwierdzono bowiem znaczący wpływ poziomu wykształcenia na wybór produktów reklamowanych — im niższy poziom wykształcenia, tym większa podatność na reklamę³⁷. Potwierdzają to również dane dotyczące czynników oddziałujących na współczesne uwarunkowania żywieniowe studentów (których poziom świadomości i wiedzy jest z założenia wysoki). Badania pokazały, że spośród wielu czynników kształtujących ich preferencje żywieniowe za najmniej istotny studenci uznali reklamę żywności i informacje pojawiające się w radiu i telewizji (0,7%)³⁸. Można zatem stwierdzić, że wpływ reklamy na wybory i zachowania człowieka nie jest jednoznaczny i zależy od wielu czynników, m.in. od indywidualnej podatności na działania promocyjne.

³⁴ I. CZAJKA, B. RYMKIEWICZ-KLUCZYŃSKA, B. PYRŻAK: *Psychosocjologiczne aspekty otyłości u dzieci*. „Medipress Peditria” 1999, nr 1, s. 23.

³⁵ *Obesity in Europe...*, s. 133.

³⁶ Zob.: A. ŻARKIEWICZ-PACAK: *Wpływ programów telewizyjnych na dzieci w wieku szkolnym w dobie globalizacji*. W: *Media i edukacja w aspekcie globalizacji*. Red. A.W. MITAS, Z. GAJDZICA. Cieszyn, Uniwersytet Śląski, 2003, s. 223—229; A. ZAWADA: *Reklama a socjalizacja społeczna dzieci i młodzieży*. W: *Media i edukacja w aspekcie globalizacji...*, s. 217—221.

³⁷ W. CHALCARZ, Z. HODYR, A. ŚRAMA, M. GRUSZECKA, M. KAPALACZYŃSKA: *Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15), s. 32.

³⁸ E.R. GRELA, A. CZECH, P. PANIAK, K. MUSIAŁ: *Czynniki wpływające na współczesne uwarunkowania żywieniowe w opinii wybranej grupy studentów*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2003, T. 30, nr 1—2, s. 585.

Chociaż media, reklama czy moda w mniejszym lub większym stopniu oddziałują na zachowania zdrowotne (a więc mogą również pośrednio przyczyniać się do powstawania nadwagi i otyłości), to należy podkreślić, że aktywizujący lub dezaktywizujący wpływ wymienionych czynników można rozpatrywać tylko w kontekście całokształtu warunków, w jakich zaistniało określone zachowanie, nigdy zaś jako jedną, wyizolowaną przyczynę³⁹. Innymi słowy, trudno jednoznacznie obarczać odpowiedzialnością media czy prezentowaną za ich pośrednictwem reklamę za powstawanie nadwagi i otyłości. Powodów może być kilka. Jednym z nich jest to, że otyłość stanowi zjawisko polietiologiczne, a zatem wpływ na jej zaistnienie ma najczęściej kilka, a nie jeden tylko czynnik. Ponadto, ważna jest — jak już wcześniej wspomniano — świadomość i wiedza samego człowieka, jego indywidualne wybory i zachowania sprzyjające (bądź nie) powstawaniu nadwagi i otyłości.

2. Biologiczny kontekst nadmiernej masy ciała

Zgodnie z opinią I. Niewiadomskiej, A. Kulik i A. Hajduk, „nawet pobieżna obserwacja pozwala na sformułowanie wniosku, że ludzie wyraźnie różnią się między sobą »skłonnością do tycia«. Jedni przez całe życie spożywają dużą ilość produktów, nawet wysokoenergetycznych, i pozostają szczupli, inni zaś muszą stale uważać na to, co i ile jedzą”⁴⁰. Wydaje się, że dużą rolę w tym zakresie odgrywa czynnik genetyczny, tym bardziej że jego udział w powstawaniu otyłości udowodniono w wielu badaniach prowadzonych na zwierzętach oraz podczas długofalowych obserwacji rodzinnego występowania nadmiernej masy ciała. Zasadniczo, ocenia się, że wpływ czynników genetycznych na rozwój otyłości wynosi 35—40%, czynników środowiskowych zaś — 25—48%. Dotychczas nie zidentyfikowano głównego genu czy też mutacji w obrębie genów, które byłyby czynnikami sprawczymi otyłości, z wyjątkiem zespołów uwarunkowanych jednogеноwo. Wyodrębniono natomiast wiele wariantów genów, których sama obecność co prawda nie powoduje otyłości, ale wpływa na fenotypową ekspresję choroby. Wydaje się, że otyłość jest złożoną chorobą, do której powstania predysponuje kilka genów, a manifestuje się na skutek przedłużonej ekspozycji na czynniki środowiskowe⁴¹. Badania pokazują, że jest ona zależna

³⁹ P. KOSSOWSKI: *Dziecko i reklama...*, s. 53.

⁴⁰ I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie*. Lublin, Kaudium, 2005, s. 119—120.

⁴¹ D. PUPEK-MUSIALIK: *Otyłość jako problem medyczny i społeczny. Nowe trendy terapii*. „Terapia” 2002, nr 10 (1), z. 1, s. 14.

od co najmniej 20 genów⁴². Genetyczny kontekst powstawania nadmiernej masy ciała próbuje się wyjaśnić w dwóch teoriach fizjologicznych. Pierwsza z nich wskazuje, że ludzie otyli mają patologicznie wysoką liczbę komórek tłuszczowych, będącą rezultatem wrodzonej tendencji do kumulowania tłuszczu. Druga z teorii głosi, że otyłość jest efektem nieprawidłowości w działaniu mechanizmów regulujących wagę ciała jednostki⁴³.

Mówiąc o genetycznym podłożu otyłości, nie sposób nie wspomnieć o roli dziedziczności tej cechy. I chociaż panuje powszechne przekonanie, że dziedziczy się predyspozycje do otyłości, a nie samą otyłość, to jednak badania prowadzone nad nią przez wiele lat u bliźniąt jednojajowych wychowywanych oddzielnie wskazują, że czynniki środowiskowe (warunki życia, liczba, jakość i wielkość spożywanych posiłków) odgrywają niewielką rolę w rozwoju otyłości⁴⁴. Należy jednak podkreślić, że jednakowa masa ciała częściej występuje u bliźniąt jednojajowych niż u powstałych z dwóch odrębnych komórek jajowych⁴⁵.

⁴² Badania przeprowadzone na myszach pozwoliły wyodrębnić tzw. geny otyłości, tj. gen: *ob* (*obese*), *db* (*diabetes*), *fat*, *A* (*aguti yellow*) i *tub* (*tubby*) (dokładna charakterystyka wymienionych genów znajduje się w: J. ŚWIERCZYŃSKI, Z. KOCHAN, J. KARBOWSKA: *Geny otyłości*. „Postępy Biochemii” 1997, nr 43 (3), s. 174—181; zob. też W.W. GIBBS: *Obrastanie w tłuszcz*. „Świat Nauki” 1996, nr 10, s. 70—77). Odkryto także, że gen *ob* stymuluje komórki tłuszczowe (adipocyty) do wydzielania substancji zwanej leptyną, która docierając do mózgu, informuje go o zużyciu energii i dzięki temu pozwala regulować ilość przyjmowanego pożywienia. Przypuszcza się jednak, że niektóre osoby mogą być niewrażliwe na działanie leptyny i dlatego przybierają na wadze. Innym wyjaśnieniem tycia może być defekt w obrębie genu *ob*, który powoduje zaburzenia w wytwarzaniu leptyny. Niedobory tego hormonu układ nerwowy odbiera jako informację o niedostatku tłuszczu w organizmie. Powstawanie otyłości może też być wynikiem zmniejszonej wrażliwości ośrodków nerwowych na leptynę, jej przyspieszonej degradacji czy też nieprawidłowej budowy receptora leptyny w podwzgórzu. Na tym jednakże rola czynników genetycznych w powstawaniu nadwagi i otyłości się nie kończy. Na podstawie badań genetycznych opisano bowiem 5 mutacji genowych odpowiedzialnych za otyłość u myszy. Autorzy badań sądzą, że takie same homologiczne miejsca są zlokalizowane w ludzkich chromosomach (autosomy: 31, 7, 11, 16—24, 20). W wielu jednak przypadkach brak jednoznacznych opinii dotyczących czysto genetycznego podłoża otyłości (zob. I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie...*, s. 122; N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004, s. 53).

⁴³ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych*. „Nowiny Psychologiczne” 1993, nr 4, s. 102.

⁴⁴ J. ŚWIERCZYŃSKI, Z. KOCHAN, J. KARBOWSKA: *Geny otyłości...*, s. 174.

⁴⁵ Przedstawioną tezę potwierdzają amerykańskie badania przeprowadzone na 2 000 bliźniąt jednojajowych. Ich wyniki dowodzą, że stopień otyłości u tych bliźniąt jest bardzo zbliżony. Takiego stopnia podobieństwa nie stwierdzono natomiast wśród 2 000 bliźniąt dwujajowych (N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 53). Inne badania prowadzone w Szwecji na 677 parach bliźniaków wykazały, że wśród tych mających wszystkie geny identyczne występowało duże prawdopodobieństwo nadwagi,

Badania nad rolą czynnika genetycznego, nad dziedziczeniem otyłości prowadzono nie tylko na bliźniętach, ale także w relacji rodzice — dziecko. Okazało się, że adoptowane dzieci były pod względem analizowanej cechy bardziej podobne do swych biologicznych, a nie adopcyjnych rodziców⁴⁶. Wykazano także, że ryzyko otyłości w wieku dorosłym jest większe, gdy rodzice dziecka są otyli. Wynosi ono 40%, jeśli jedno z rodziców jest otyłe, i 80% w przypadku, gdy oboje rodzice są otyli. Zmniejsza się zaś do 10%, gdy żadne z rodziców nie posiada nadmiernej masy ciała⁴⁷. Należy jednak zwrócić uwagę, że rodzina i krewni mają nie tylko wspólne geny, ale również podobny tryb życia i nawyki jedzeniowe. Dlatego rodzinne uwarunkowania otyłości są też związane ze społecznym „dziedziczeniem” stylu życia i przyzwyczajęń żywieniowych⁴⁸.

Wśród zaburzeń metabolicznych przekazywanych genetycznie, a sprzyjających otyłości wymienia się większą skłonność do odkładania tłuszczu, obniżoną zdolność jego oksydacji i zmniejszoną zdolność do syntezy białka. Stwierdzono także, że długotrwałe, nadmierne spożycie tłuszczu prowadzi do oporności na działanie leptyny i rozwoju otyłości. Wskazuje to na współistnienie czynników środowiskowych i dziedzicznej podatności. Należy zwrócić uwagę, że wielkość masy tłuszczowej dorosłej osoby determinują wpływy metaboliczne w okresie życia płodowego, niemowlęcym, a także w okresie wczesnego dzieciństwa i wiąże się ona ze zwiększeniem liczby i wielkości komórek tłuszczowych. Osoby z nadwagą mają ich więcej i są one większe niż u osób szczupłych. Im większa liczba komórek tłuszczowych, tym więcej tłuszczu organizm jest w stanie zmagazynować. Liczba komórek tłuszczowych może jedynie wzrosnąć, natomiast nigdy się nie zmniejsza. Nadmiar kalorii w postaci niewykorzystanego w przemianach

przeciwnie było zaś w przypadku bliźniąt dwujajowych. Waga bliźniąt tej samej pary — bez względu na to, czy wychowywały się razem, czy oddzielnie — była podobna. N. Ogińska-Bulik przypuszcza więc, że dziedziczność odgrywa w otyłości większą rolę niż środowisko, choć obydwa czynniki są ważne.

⁴⁶ J. TATOŃ: *Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa, PZWL, 1985, s. 63.

⁴⁷ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 53—54; I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie...*, s. 123—124.

⁴⁸ Jak twierdzi M. Białkowska (B. SZCZEPANKOWSKA: *Otyłość — czy przeszkadza nam w pracy? Rozmowa z dr Magdaleną Białkowską*. „Bezpieczeństwo Pracy” 2003, nr 12, s. 28), dobrym przykładem na potwierdzenie owej hipotezy są Indianie Pima, u których udowodniono istnienie dziedzicznej skłonności do otyłości. Okazuje się bowiem, że ci Indianie, którzy mieszkają w północnym Meksyku i żyją tak jak ich przodkowie, a więc stosują dietę obfitującą w warzywa i ubogą w tłuszcz oraz zażywają dużo ruchu, są szczupli, natomiast ci, którzy wyemigrowali do Stanów Zjednoczonych i charakteryzują się małą aktywnością fizyczną oraz stosują typowo amerykańską dietę, są otyli. Wynika z tego, że dopiero w sytuacji, gdy na czynnik genetyczny nałoży się niesprzyjający wpływ środowiska, nieodpowiedni styl życia — rozwija się otyłość.

tłuszczu i węglowodanów jest przede wszystkim kierowany do komórek tłuszczowych, w mniejszym zaś stopniu do mięśni⁴⁹.

Trudno także nie wspomnieć, iż powstawaniu i utrzymywaniu się nadmiernej masy ciała mogą sprzyjać różne choroby i zaburzenia funkcjonowania organizmu, a szczególnie mechanizmów fizjologicznych. Za nadwagę mogą być odpowiedzialne choroby gruczołów dokrewnych, przede wszystkim niedoczynność tarczycy czy nadczynność gruczołów nadnerczy⁵⁰. Jednakże tylko w ok. 2—5% przypadków przyczyną nadmiernej masy ciała są choroby i zaburzenia funkcjonowania organizmu, ogromną większość zaś stanowi tzw. otyłość prosta, spowodowana nadmiernym spożyciem pokarmów i zbyt małą ilością ruchu⁵¹.

3. Rola czynników psychologicznych w rozwoju nadwagi i otyłości

Problem nadwagi czy otyłości nie jest sprawą wyłącznie pożywienia, wagi czy wymiarów ciała, lecz jest nierozzerwalnie związany z czynnikami natury psychologicznej, odczuwanym stresem i przeżywanymi konfliktami⁵². Dlatego też analizowana kwestia stała się przedmiotem zainteresowania psychologów, chociaż — jak pisze J. Radoszewska⁵³ — swoje miejsce w tej dziedzinie znalazła stosunkowo niedawno. Każda z głównych koncepcji psychologicznych, wyjaśniających mechanizmy zachowań człowieka, próbuje zatem opisać powstawanie i rozwój nadmiernej masy ciała, posługując się charakterystyczną dla siebie terminologią i przyjętymi założeniami teoretycznymi⁵⁴. I tak, np. przedstawiciele nurtu behawiorystycznego za główne determinanty powstawania nadwagi i otyłości uważają czynniki biologiczne oraz środowiskowe. W zakres czynników środowiskowych wchodzi: niewłaściwa dieta (tzw. **zachowania jedzeniowe**) i styl życia (rodzaje podejmowanych aktywności), który nie pozwala jednostce na wydatkowanie pobranej energii. Wyuczone w dzieciństwie nieprawidłowe „zachowania jedzeniowe” powodują, że człowiek w późniejszych okresach życia „pobiera” z poży-

⁴⁹ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 54.

⁵⁰ Ibidem.

⁵¹ I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie...*, s. 124.

⁵² N. OGIŃSKA-BULIK, J. CHANDUSZKO-SALSKA: *Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica” 2000, nr 4, s. 35—44.

⁵³ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 101.

⁵⁴ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 59—60.

wieniem znacznie więcej energii aniżeli jest mu potrzebne⁵⁵. W teoriach poznawczych natomiast główną rolę w nabywaniu, podtrzymywaniu czy eliminowaniu zachowań związanych z jedzeniem przypisuje się myśleniu, przekonaniom i wyobrażeniom. Otyłość jest traktowana jako rezultat niepowodzeń w działaniu mechanizmów kontroli jednostki⁵⁶. Dotyczy to kontroli zarówno na poziomie behawioralnym (zachowań), jak i na poziomie psychicznym (myśli, wyobrażeń dotyczących jedzenia). Ludziom z nadmierną masą ciała przypisuje się przede wszystkim dominację zewnętrznego pocucia kontroli oraz brak umiejętności sprawowania kontroli, w tym również dotyczącej jedzenia⁵⁷. Psychoanalityczne podejście do problemu nadwagi zwraca uwagę na determinującą funkcję mechanizmów psychologicznych w powstawaniu otyłości. Psychoanalitycy wskazują na „rolę czynników konstytucjonalnych, będących rezultatem dziedziczenia, rolę mechanizmów niesatysfakcjonującej gratyfikacji potrzeb instynktualnych, warunkujących powstawanie otyłości, oraz rolę mechanizmów nieskutecznej obrony przed naporem różnych potrzeb warunkujących powstanie otyłości”⁵⁸. Ogólnie rzecz biorąc, otyłość w świetle tego modelu jest zdeterminowana doświadczeniami z wczesnego dzieciństwa. Przyjmuje się również, że jest konsekwencją niepowodzenia związków emocjonalnych w rodzinie⁵⁹. Z kolei w nurcie psychosomatycznym, w którym otyłość uznaje się za somatyczne odzwierciedlenie zaburzeń w obrębie psychicznego funkcjonowania jednostki, istnieje wiele prawdopodobnych mechanizmów jej powstawania. T.W. Robbins i D. Fray⁶⁰ wysunęli hipotezę istnienia „fałszywego głodu”, który stanowiłby wyuczoną reakcję na stres. Dlatego też osoba postrzegająca zagrożenie myli niebezpieczeństwo z głodem i redukuje napięcie przez jedzenie, co doprowadza do tycia. Konkurencyjną propozycją jest teoria C.P. Herman i J. Polivy⁶¹, uznających jedzenie za drogę uniknięcia zagrożenia. Spożycie pokarmu zmniejsza natężenie głodu (który jest przejawem stanu emocjonalnego napięcia) i w ten sposób tworzy się nowy wzorec zachowania. W podejściu psychosomatycznym zwraca się też uwagę na

⁵⁵ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 102—103.

⁵⁶ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 60.

⁵⁷ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 104—105.

⁵⁸ Ibidem, s. 105.

⁵⁹ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 59—60.

⁶⁰ T.W. ROBBINS, D. FRAY: *Stress induced eating: facts, fiction or misunderstanding*. “Appetite” 1980, no 1, s. 103—133. Podano za: J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 107.

⁶¹ C.P. HERMAN, J. POLIVY: *Stress induced eating and eating induced stress (reduction?)*. *A response to Robbins and Fray*. “Appetite” 1980, no 1, s. 135—139. Podano za: J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 107.

wewnątrzrodzinne uwarunkowania otyłości. Rodzina osoby otyłej jest charakteryzowana jako rodzina o silnych granicach zewnętrznych⁶². Oznacza to, że jest ona nastawiona na dbałość o zewnętrzną, fasadową stronę życia rodzinnego. Charakteryzuje ją niechęć do zmian, szczególnie jeżeli miałoby im towarzyszyć ujawnienie negatywnych uczuć. Rodziny takie charakteryzują się także nasiloną lojalnością międzypokoleniową, która w skrajnym wymiarze może się wyrażać podobieństwem stylu życia i odżywiania się, podobieństwem stosunku do własnego ciała, a nawet podobieństwem objawów. Oprócz tego klasycznego modelu spotyka się również opisy świadczące o znacznej dezintegracji życia rodzinnego osób z zaburzeniami odżywiania, w tym z otyłością⁶³. Zwraca się też uwagę, że w rodzinach otyłych występuje problem dominacji, lojalności wobec rodziny wyrażanej w utrzymywaniu nadmiernej masy ciała (utrata wagi przeżywana jest jako nielojalność i zdrada). Także inni badacze potwierdzają tezę, że otyłość oraz jej przebieg są zakorzenione we wzorach interakcji rodzinnych⁶⁴.

Nie tylko modele teoretyczne, ale też codzienna praktyka kliniczna dowodzi, jak istotną rolę w rozwoju otyłości mogą odgrywać czynniki psychologiczne. Aktualny stan wiedzy pozwala na określenie związków między psychiką a przemianą materii. Na podstawie analizy przypadków klinicznych wyróżnia się dwie możliwości wystąpienia otyłości⁶⁵:

- zaburzenia sfery psychologicznej, powodując zmianę zachowań żywieniowych, mogą prowadzić do otyłości; w takim przypadku dochodzi do uzależnienia przyjmowania pokarmów od potrzeb emocjonalnych i psychoafektywnych. Lęk lub depresja stają się przyczyną zachowań kompulsywnych, polegających na zwiększaniu dziennego spożycia kalorycznego. Hiperfagia może spowodować przeciążenie układu regulującego masę ciała. Jest to najczęściej obserwowany i uzasadniony na podstawie obserwacji klinicznych mechanizm rozwoju otyłości spowodowanej zaburzeniami natury psychologicznej;
- w innych przypadkach psychika wpływa na modyfikację czynności układu regulującego masę ciała, zwłaszcza zaś na tego układu składowe neurobiologiczne; zaburzenia układu regulacji masy ciała związane z napięciem psychicznym mogą powodować otyłość na skutek zmian

⁶² W. KINSTON, L. MILLER, P. LOADER, H.O. WOLFF: *Revealing sex differences in childhood obesity by using a family systems approach*. "Family Systems Medicine" 1990, no 8 (4), s. 371—386. Podano za: N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 60—61.

⁶³ K. PIETRUSZEWSKI: *Medycyna rodzinna*. „Przegląd Lekarski” 1986, 43, nr 7, s. 486—489.

⁶⁴ W. KINSTON, L. MILLER, P. LOADER, H.O. WOLFF: *Revealing sex differences...*, s. 371—386. Zob. A. DOBRZYŃSKA, K. PIETRUSZEWSKI: *Wybrane aspekty dynamiki rodzinnej u pacjentów otyłych jako podstawa do psychoterapii*. „Psychoterapia” 1993, nr 2 (85), s. 3—12.

⁶⁵ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość*. Przeł. P. GODLEWSKA. Kraków, Medycyna Praktyczna, 1996, s. 36.

ośrodkowej regulacji wydzielania insuliny lub hormonów nadnerczy. W tym kontekście mowa jest o rzeczywistych mechanizmach psychosomatycznych, a nie czynnościowych.

Analizując psychologiczne aspekty powstawania nadwagi i otyłości, warto również zwrócić uwagę na pewne cechy charakterologiczne, osobowościowe, właściwości psychiczne jednostki, które stanowią niejako psychologiczne predyspozycje do występowania nadmiernej masy ciała. Osobom otyłym przypisuje się bowiem bierność, niedojrzałość, niezdecydowanie, bezradność w sytuacjach trudnych, niemożność uzewnętrzniania uczuć negatywnych, zwłaszcza gniewu⁶⁶. Badania przeprowadzone przez N. Ogińską-Bulik i J. Chanduszkę-Salską⁶⁷ wykazały, że osoby z nadmierną masą ciała — w porównaniu z tymi z wagą w normie — mają niższe poczucie własnej wartości i skuteczności. Jednostki z nadwagą charakteryzują się także niższym poziomem optymizmu oraz wykazują wyższy poziom lęku. Stwierdzono, że im większą nadwagę miała dana osoba, tym większe było prawdopodobieństwo, że będzie ona jadła w sytuacji lęku. Osobom otyłym przypisuje się też brak silnej woli oraz zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Podkreśla się również rolę stresu i sposobów radzenia sobie z nim w powstawaniu nadwagi i otyłości. Wyniki badań wskazują na istotne różnice między kobietami z nadwagą a kobietami z wagą w normie w zakresie odczuwanego stresu oraz stylów radzenia sobie. Kobiety otyłe silniej go odczuwają niż te z prawidłową wagą. W sytuacjach trudnych kobiety z nadmierną masą ciała częściej korzystają ze strategii skoncentrowanych na unikaniu, a rzadziej stosują strategie skupione na zadaniu. Warto dodać, że dla wielu osób otyłość jest nie tylko konsekwencją, ale także źródłem stresu⁶⁸. Jest to więc rodzaj zamkniętego koła, gdzie wraz ze wzrostem poziomu stresu wzrasta masa ciała. Nieumiejętność radzenia sobie ze stresem jest powodem ciągłego sięgania do „starego sposobu” radzenia sobie, tj. do jedzenia. Jedzenie bowiem w stanach obniżonego samopoczucia czy wyczerpania przedłużającym się stresem polepsza i podnosi poziom nastroju, przywraca upragniony spokój i daje ulgę. Z czasem może stać się nawykowym sposobem radzenia sobie⁶⁹. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na rolę nadmiernego jedzenia o podłożu psychologicznym, a mającym wpływ na genezę i utrzymywanie

⁶⁶ A. DOBRZYŃSKA, K. PIETRUSZEWSKI: *Wybrane aspekty dynamiki rodzinnej u pacjentów otyłych...*, s. 3.

⁶⁷ N. OGIŃSKA-BULIK, J. CHANDUSZKO-SALSKA: *Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością...*, s. 42.

⁶⁸ Zob. M. FILA, J. TERELAK: *Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka*. „Przegląd Psychologiczny” 1994, T. 37, nr 1/2, s. 105—126; zob. też A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość...*, s. 36.

⁶⁹ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 62.

się nadwagi i otyłości. Zgodnie z tym wśród psychologicznych właściwości sprzyjających objadaniu się C. Kirk⁷⁰ wymienia m.in.:

- zmniejszenie niepokoju;
- czerpanie przyjemności;
- złagodzenie doznanego zawodu i poczucia krzywdy.

Nadmierne objadanie się może też być formą wyrażenia złości, wrogości, buntu, podporządkowania się czy karania siebie. Często bywa reakcją na poczucie winy. Może również wyrażać chęć zwrócenia uwagi na siebie, potrzebę troski i nagradzania siebie, usprawiedliwienie życiowej porażki, testowanie miłości, lęk przed odpowiedzialnością, łagodzenie lęków z dzieciństwa. Nadwaga może być także związana z lękiem przed uzależnieniem. Objadając się, jednostka nabiera fałszywego poczucia niezależności — „nikogo nie potrzebuję, wystarczy mi jedzenie”. Można stwierdzić, że zachowanie to jest ostrzeżeniem, sygnałem braku czy też niewłaściwego zaspokojenia potrzeb psychicznych jednostki. Należy również zwrócić uwagę, że pewien odsetek otyłych to osoby z urazami emocjonalnymi wyniesionymi z okresu dzieciństwa, w tym także ofiary różnych form wykorzystywania seksualnego lub psychicznego. Badania wykazały np., że 40% dorosłych otyłych stanowią dzieci alkoholików⁷¹. Otyłość zapewnia zatem pewien rodzaj poczucia bezpieczeństwa i trzyma innych na dystans⁷².

Reasumując, warto przytoczyć słowa A. Basdevanta, M. Le Barzic i B. Guy-Granda, którzy jakże słusznie twierdzą, iż „już sam fakt występowania otyłości może stanowić sytuację konfliktową, wpływającą dodatkowo na psychogenezę otyłości. Otyłość, źle widziana w krajach uprzemysłowionych, bywa źródłem niepowodzeń w życiu osobistym, odpowiada za chroniczne zwiększenie obciążeń emocjonalnych, nasilających czynniki pobudzające reakcje zachowaniowe lub psychosomatyczne, które przyczyniły się do jej rozwoju”⁷³.

⁷⁰ C. KIRK: *Poskromienie smoka diety*. Przeł. B. MORYŃ. Łódź, Ravi, 1996. Podano za: N. OGIŃSKA-BULIK, J. CHANDUSZKO-SALSKA: *Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością...*, s. 37.

⁷¹ E. SOMER: *Wpływ jedzenia na nastrój*. Przeł. G. LUTOSŁAWSKA. Warszawa, Amber, 1995.

⁷² N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 62.

⁷³ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość...*, s. 36.

4. Styl życia współczesnego człowieka — główny „sprawca” epidemii otyłości

Badacze polskiego społeczeństwa wśród wielu zjawisk społecznych konstatują wielką przemianę kulturową, której to społeczeństwo w ostatnich latach doświadcza. „Rozważa się przy tym dwa aspekty owej zmiany: nowe wpływy kulturowe — ich pochodzenie i zasięg oraz konsekwencje tych wpływów w postaci przemian wzorów, postaw, wartości, mód i aspiracji. Ten ostatni proces potwierdza często wysuwany pogląd, że oto jesteśmy świadkami istotnych przemian w stylach życia Polaków. Różne aspekty życia codziennego, zwłaszcza sposoby czerpania z nowej oferty konsumpcyjnej, są traktowane jako oznaka tych przemian”⁷⁴.

Styl życia jest pojęciem, które w socjologii funkcjonowało obok takich kategorii, jak: sposób życia, poziom życia, wzory zachowań, wzory konsumpcji, wzory kultury, wartości i postawy, wreszcie ideały i etos. Fakt ten wskazuje na pojemność samego terminu, a także zakres problemów i możliwe podejścia badawcze⁷⁵. Najogólniej jednak styl życia opisuje się jako „trwałe i powtarzalne wzory, które są kombinacją dziedziczenia kulturowego, społecznych interakcji, geograficznego i społeczno-ekonomicznego położenia oraz osobowości”⁷⁶. Styl życia jako wytwór kultury oznacza charakterystyczny dla jednostki lub grupy sposób zachowania. Klasyczna koncepcja, stworzona przez Maxa Webera, sprowadziła to pojęcie do „szans życiowych” danej grupy i indywidualnych wyborów podejmowanych przez jednostkę⁷⁷. Rozpatrywanie stylu życia w kategoriach dokonywania wyborów jest niezwykle istotne z uwagi na zdrowie człowieka, najczęściej bowiem wybór pociąga za sobą określony skutek w postaci zdrowia lub choroby. Oczywiście, ten punkt widzenia nie odnosi się do wszystkich chorób, jednakże w kontekście nadmiernej masy ciała kwestia wyboru wydaje się elementem zasadniczym.

O znaczeniu stylu życia dla szeroko rozumianego zdrowia świadczy tzw. Raport Lalonde’a⁷⁸. Wykazał on, że w krajach rozwiniętych można wyróżnić cztery grupy czynników warunkujących zdrowie człowieka: czynniki biolo-

⁷⁴ H. PALSKA: *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*. Warszawa, IFiS PAN, 2002, s. 15.

⁷⁵ Ibidem, s. 17.

⁷⁶ L. PRZEWOŹNIAK: *Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. 1. Red. A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, W.C. WŁODARCZYK. Kraków, Vesalius, 2000, s. 369.

⁷⁷ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 82.

⁷⁸ M. LALONDE: *A New perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa, Government of Canada, 1978. Podano za: A. OSTROWSKA: *Prozdrowotne style życia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1997, nr 10/11, s. 8.

giczne (genetyczne), czynniki środowiska zewnętrznego, czynniki związane ze stylem życia oraz efekty działalności medycyny — a także podjął próbę oszacowania ich wpływu. Model Lalonde’a był następnie podejmowany i uszczegóławiany w dalszych badaniach — wszystkie potwierdziły decydującą rolę stylu życia w kształtowaniu zdrowia. Aktualne oszacowania udziału poszczególnych czynników w polu zdrowia przypisują największą rolę stylom życia, odpowiedzialnym za kształtowanie go w ok. 50%, następnie czynnikom środowiskowym (ok. 25—35%), czynnikom biologicznym (10—15%) i opiece zdrowotnej (10—20%)⁷⁹.

Pojęcie stylu życia stało się również kluczowe dla promocji zdrowia, jakkolwiek jego rozumienie na użytek działań na rzecz ochrony lub umocnienia zdrowia odnosi się zwykle do specyficznych zachowań związanych z ryzykiem zmian w stanie zdrowia⁸⁰, które określa się jako **zachowania zdrowotne**. Innymi słowy, zachowania zdrowotne składają się na styl życia i są rozumiane jako „wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznawane wartości przez jednostkę lub grupę społeczną) w dziedzinie zdrowia”⁸¹ lub „wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowanej na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego zdrowia”⁸². Według powszechnej typologii zachowań zdrowotnych wyróżnia się zachowania⁸³:

- **sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne)**, takie jak: prawidłowe odżywianie się, aktywność fizyczna, właściwe stosunki międzyludzkie, umiejętność radzenia sobie ze stresem, czystość ciała i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa;

- **szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne)**, np.: palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, nadużywanie leków, nadmierne nasłonecznienie itp.

Zachowania prozdrowotne i antydzrowotne — zgodnie z inną terminologią — określa się również jako „behawioralne immunogeny i behawioralne patogeny”⁸⁴. Pierwsze z nich obejmują działania, które ograniczają ryzyko zapadalności na określone choroby i obejmują takie pozytywne nawyki, jak: zdrowe odżywianie, regularny sen czy regularne ćwiczenia fizyczne. Behawioralne patogeny natomiast to zachowania, które zwiększają to ryzyko i przejawiają się takimi działaniami, jak: palenie papierosów, brak ruchu,

⁷⁹ A. OSTROWSKA: *Prozdrowotne style życia...*, s. 8.

⁸⁰ B. TOBIASZ-ADAMCZYK: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby...*, s. 83.

⁸¹ F. MAZURKIEWICZ: *Podstawy wychowania zdrowotnego*. W: *Higiena i ochrona zdrowia*. Red. Z.J. BRZEZIŃSKI, C. KORCZAK. Warszawa, PZWL, 1978, s. 337—356.

⁸² J. HESSEN-KLEMENS: *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław—Warszawa—Kraków—Gdańsk, Ossolineum, 1979.

⁸³ B. WOYNAROWSKA: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 1993; A. ŁUSZCZYŃSKA: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk, GWP, 2004, s. 14.

⁸⁴ G.D. BISHOP: *Psychologia zdrowia*. Przeł. A. ŚLIWA, L. ŚLIWA. Wrocław, Astrum, 2000, s. 108—109.

uzależnienia, nieodpowiednia dieta itd. Warto wspomnieć, że zachowania zdrowotne są determinowane przede wszystkim przez konteksty: społeczny i kulturowy, które kształtują, ale także ograniczają możliwe wybory, również te związane ze zdrowiem. Oznacza to, że możliwości realizacji określonych zachowań w praktyce są wyznaczane przez pozycję, jaką jednostka zajmuje w hierarchii społecznej, oraz przez czynniki makrostrukturalne, stanowiące często trudną do pokonania przeszkodę w osiągnięciu wytyczonych celów⁸⁵.

Styl życia, a wraz z nim zachowania zdrowotne, stał się jedną z podstawowych kategorii pojęciowych w polityce zdrowotnej i medycynie⁸⁶, gdyż — jak już wcześniej wspomniano — jest on jedną z głównych determinant zdrowia. Nic więc dziwnego, że jego dominujący wpływ na szeroko rozumiane zdrowie potwierdza się także w przypadku nadwagi i otyłości. Okazuje się bowiem, że to właśnie styl życia jest głównym czynnikiem, który spowodował prawdziwą epidemię otyłości w Stanach Zjednoczonych, większości krajów europejskich i wielu innych państwach o wysokim poziomie rozwoju ekonomicznego. Szczególnie zaś odpowiedzialne za częstość występowania nadwagi i otyłości są dwa zasadnicze rodzaje zachowań zdrowotnych stanowiące elementy stylu życia⁸⁷:

- nieprawidłowości w sposobie żywienia, głównie za sprawą wzrostu dostępności relatywnie taniej żywności, w tym wielu produktów o wysokiej wartości kalorycznej i wysokiej zawartości tłuszczu (zwłaszcza zwierzęcego);
- znaczne (w niektórych społeczeństwach wręcz drastyczne) ograniczenie poziomu codziennej aktywności fizycznej⁸⁸.

Wzrost spożycia rozmaitych produktów żywnościowych (dostarczonej energii) przy jednoczesnym spadku wydatku energetycznego prowadzi zatem

⁸⁵ M. WSZĘDYRÓWNY: *Zachowania zdrowotne*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002, s. 225. Por. E. SYREK: *Reprodukcja kulturowa a socjalizacja zdrowotna*. W: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Red. Z. ŻUKOWSKA, R. ŻUKOWSKI. Warszawa, Estrella, 2002, s. 54—57.

⁸⁶ I. TARANOWICZ: *Zachowania w zdrowiu i chorobie*. W: *Zdrowie i choroba...*, s. 64.

⁸⁷ W. DRYGAS: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2, s. 49.

⁸⁸ O udziale wymienionych czynników w powstawaniu i utrzymywaniu się nadwagi i otyłości mogą świadczyć badania przeprowadzone przez amerykańskich naukowców z Ośrodków Kontroli Chorób i Profilaktyki, które wykazały, że wskaźnik otyłości wśród Amerykanów wzrasta we wszystkich stanach, wśród obojga płci, bez względu na wiek, rasę czy poziom wykształcenia. W kontekście niniejszych rozważań ważny jest jednak wniosek, iż chociaż na obecny wzrost otyłości składa się wiele przyczyn, to nie ma wśród nich czynnika genetycznego, pula genów — jak zapewniają naukowcy — nie zmieniła się bowiem radykalnie w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Zmienił się natomiast styl życia tego narodu, charakteryzujący się wadliwym sposobem odżywiania się i siedzącym trybem życia. Por. E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów...*, s. 427.

do zakłócenia bilansu energetycznego i w efekcie do nadwagi i otyłości⁸⁹. Jednakże, przytoczone twierdzenie, choć niezaprzeczalnie słuszne, wydaje się zbyt dużym uproszczeniem. Wymienione bowiem elementy stylu życia są tak istotne w kontekście powstawania i utrzymywania się otyłości, iż konieczne jest poświęcenie im nieco większej uwagi.

Leszek Kołakowski podczas inauguracji 60. Zjazdu Chirurgów Polskich (13 września 2001 roku) zaczął swoją wypowiedź od słów: „Jesteśmy w fazie żarłoczności niepokromionej. Może starczy nam mądrości, by wiedzieć, że jest to choroba, chociaż lekarstwa nie znamy. Jeśli nam jednak tej mądrości nie starczy, może być to choroba śmiertelna”⁹⁰. I jeśli potraktować ów cytat dosłownie, a więc odnieść „niepokromioną żarłoczność” tylko do zjawiska niepokromionego jedzenia⁹¹, to bez wątpienia cała przytoczona fraza jest prawdziwa. Tezę tę potwierdza również M. Konarzewski, który pisze, że „trapiące współczesne społeczeństwa najpoważniejsze problemy zdrowotne, a więc choroby układu krążenia, nowotwory i oczywiście otyłość, są bezpośrednio związane z tym, co i ile jemy”⁹². Jak wcześniej zauważono, przyzwyczajenia czy nawyki żywieniowe nabywane są m.in. w toku socjalizacji. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe prowadzą do powstania nadwagi i otyłości, a tym samym stanowią zagrożenie dla zdrowia człowieka⁹³. Wśród nich wyróżnia się⁹⁴:

- przejadanie się;
- niewłaściwy skład jakościowy spożywanych pokarmów, a zwłaszcza preferowanie tłuszczów (które dostarczają organizmowi dużej ilości energii⁹⁵, są łatwo przyswajalne oraz magazynowane w komórkach tłuszczowych) oraz pokarmów bogatych w cukier;
- nieregularność lub zbyt małą liczbę posiłków; rytm przyjmowania posiłków ma wpływ na proporcje przekształcania się produktów odżywczych w tłuszcz i białka mięśniowe; przyrosty tkanki tłuszczowej są tym większe, im rzadziej posiłki są przyjmowane;
- podjadanie między posiłkami (zwłaszcza słodczy) i spożywanie dużej ilości słodzonych napojów.

⁸⁹ W. DRYGAS: *Otyłość...*, s. 49.

⁹⁰ L. KOŁAKOWSKI: *Niepokój wieku naszego*. „Gazeta Wyborcza” 2002, nr 28.

⁹¹ Chociaż — jak się wydaje — autor mógł również mieć na myśli zjawisko coraz powszechniejszej konsumpcji wszelkich dóbr, które współcześnie są dostępne w społeczeństwach poindustrialnych.

⁹² M. KONARZEWSKI: *Na początku był głód*. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy, 2005, s. 9.

⁹³ N. OGIŃSKA-BULIK, A. GUTOWSKA-WYKA: *Spostrzegana kontrola a zwyczaje żywieniowe u nastolatków z nadwagą*. „Sztuka Leczenia” 2003, T. 9, nr 1, s. 37.

⁹⁴ N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 57; I. NIEWIADOMSKA, A. KULIK, A. HAJDUK: *Jedzenie...*, s. 125—126.

⁹⁵ 1 g tłuszczu to 95 kcal.

Jedną z przyczyn powstawania i utrzymywania się nadwagi i otyłości, związaną z zachowaniami żywieniowymi, jest nadmierne jedzenie⁹⁶. Traktowane jako zaburzenie oznacza ono żarłoczność, obżarstwo lub „hulaszcze jedzenie”. Charakteryzuje się gwałtownym pochłanianiem pożywienia, czemu nie towarzyszą wymioty ani inne formy „przeczyszczania” organizmu. Zaburzenia typu żarłoczności stwierdza się u 30% otyłych osób podejmujących leczenie. Według A. Oblacińskiej⁹⁷, kryteria diagnostyczne żarłoczności obejmują:

- 1) powtarzające się epizody żarłoczności, które charakteryzują się:
 - krótkimi odstępami pomiędzy posiłkami (średnio co 2 godziny);
 - brakiem kontroli nad występowaniem „napadów” nadmiernego jedzenia (uczucie niemożności zaprzestania jedzenia oraz niekontrolowanie jakości, liczby i rozmiaru posiłków);
- 2) obecność w przebiegu epizodów żarłoczności co najmniej 3 z podanych zachowań, takich jak:
 - o wiele szybsze niż zwykle tempo spożywania posiłków;
 - jedzenie aż do uczucia przepełnienia;
 - spożywanie dużej ilości pokarmu przy braku fizycznych objawów głodu;
 - spożywanie posiłków w samotności z powodu zażenowania faktem obżarstwa;
 - uczucie niezadowolenia z siebie, poczucie winy lub nawet przygnębienia po nadmiernym objedzeniu się;
- 3) występowanie epizodów przejadania się co najmniej 2 razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy.

Niewątpliwie, nadmiernemu jedzeniu sprzyja wzrost dostępności względnie tanich i atrakcyjnych produktów żywnościowych. Porównując sposób odżywiania współczesnych mieszkańców krajów rozwiniętych ekonomicznie z ich rodakami żyjącymi przed 100 czy 200 laty, nietrudno zauważyć pewne niekorzystne zmiany w ilości i strukturze konsumpcji niektórych grup pokarmów. Zdecydowanemu zwiększeniu uległo przyswojenie tłuszczów (szczególnie pochodzenia zwierzęcego), których udział w bilansie energetycznym sięga 40, a nawet 45% (w przeszłości zaledwie 15—20%), natomiast zmniejszeniu uległo spożycie węglowodanów (aktualnie ok. 45—55%, w przeszłości 65—70%). Okazuje się, że konsumowanie pokarmów z dużą zawartością tłuszczów i niską węglowodanów w większości przypadków

⁹⁶ S. GILBERT: *Pathology of eating. Psychology and treatment*. London, Routledge & Kegan Paul, 1986. Podano za: N. OGIŃSKA-BULIK: *Psychologia nadmiernego jedzenia...*, s. 9.

⁹⁷ A. OBLACIŃSKA: *Epidemiologia otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 1995, s. 35—38.

związane jest z pojawieniem się i utrzymywaniem otyłości⁹⁸. M. Białkowska i W.B. Szostak⁹⁹ podają okoliczności, które tłumaczą przyrost masy ciała w następstwie nadmiernego spożycia tłuszczów:

- tłuszcz jest najbardziej kalorycznym składnikiem pożywienia;
- rozciąganie ścian żołądka przez pokarm powoduje uczucie sytości; w wypadku tłuszczu ten mechanizm działa słabo, gdyż mała objętość spożytego pokarmu mająca dużą wartość energetyczną nie jest w stanie wywołać uczucia sytości;
- tłuszcz przyspiesza opróżnianie żołądka;
- potrawy bogate w tłuszcz uważane są za smaczne, nie wymagają żucia, są szybko konsumowane, zwykle w dużych ilościach;
- tłuszcz spożyty jest łatwo magazynowany w tkance tłuszczowej.

Jak ustalono, współczesny człowiek zjada zbyt wiele produktów o dużej zawartości tłuszczów i łatwo przyswajalnych węglowodanów prostych (np. słodczyce) oraz małowartościowych pod względem odżywczym a wysokokalorycznych potraw podawanych w barach szybkiej obsługi (*fast food* czy też *junk food*). Niektórzy badacze nie mają wątpliwości, że w szerzeniu się otyłości *fast food* odegrał kluczową rolę¹⁰⁰. Okazuje się bowiem, że epidemia otyłości, która w Stanach Zjednoczonych zaczęła się w drugiej połowie lat 70. XX wieku, dziś jest problemem niemalże całego świata, a jednym z jej wyznaczników są właśnie szybkie dania¹⁰¹. I chociaż związek między konsumpcją tych dań w społeczeństwie a jego wskaźnikami otyłości nie został ostatecznie ustalony na podstawie jakichkolwiek długotrwałych badań epidemiologicznych, to jednak wszędzie tam, dokąd docierają sieci *fast food*, wskaźniki otyłości rosną¹⁰². Nic w tym dziwnego, gdyż — jeśli ponownie odnieść się do społeczeństwa amerykańskiego — typowy Amerykanin spożywa dziś ok. 3 hamburgery i 4 porcje frytek tygodniowo¹⁰³. Szacuje się, że każdego dowolnego dnia w Stanach Zjednoczonych jedna

⁹⁸ Dla porównania warto dodać, że pacjenci otyli zwykle jedzą pokarmy, w których tłuszcz składa się na 40—45% wartości energetycznej, podczas gdy w grupach kontrolnych poziom ten wynosi 35—40%. Por. A. ASTRUP, A. RABEN, A.R. SKOV, S. TOUBRO: *Dietetyczne leczenie otyłości*. „Lekarz Rodzinny” 1998, nr 2, s. 20.

⁹⁹ K. KNYPL: *Nadwaga i otyłość — problemy terapeutyczne*. „Medycyna Rodzinna” 2001, nr 4 (1), s. 25.

¹⁰⁰ E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów...*, s. 20—21.

¹⁰¹ W latach 1984—1993 liczba restauracji fast foodu w Wielkiej Brytanii mniej więcej podwoiła się, co dotyczy również wskaźnika otyłości wśród osób dorosłych.

¹⁰² Przykładem tego zjawiska może być sytuacja w Chinach czy Japonii, gdzie dawniej nadwaga była zjawiskiem rzadkim, ze wzrostem popularności szybkich dań zaś w tych krajach wskaźniki nadwagi i otyłości zarówno wśród dzieci i młodzieży, jak i dorosłych wychowanych na tego typu potrawach znacznie wzrosły. Por. E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów...*, s. 430—431.

¹⁰³ Ibidem, s. 15, 208—209, 353.

czwarta dorosłej populacji odwiedza restauracje typu *fast food*. Należy jednak zdać sobie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie stwarza zawartość większości szybkich dań: duża ilość tłuszczu, cholesterolu, soli i cukru. Ważne jest także to, że bary szybkiego jedzenia ułatwiają nabieranie złych nawyków żywieniowych przez dzieci, przyczyniając się do powstawania problemów zdrowotnych, jeśli nie w dzieciństwie, to w życiu dorosłym¹⁰⁴. Mało optymistyczny jest też fakt, że — jak pisze E. Schlosser¹⁰⁵ — kupowanie i spożywanie fast foodu stało się już rutyną, tak zwyczajną i przyziemną, że uważa się je za coś oczywistego. Można zatem przypuszczać, iż niestety stało się równocześnie nawykiem, elementem stylu życia Amerykanów¹⁰⁶. W tym kontekście nie należy również zapominać, że popularne na całym świecie napoje, takie jak: cola, lemoniady czy inne słodzone napoje, spożywane w dużych ilościach stanowią kolejne, często niedostrzegane przez konsumenta, niebezpieczeństwo pochłonięcia dodatkowych setek, a nawet tysięcy kilokalorii. Niezwykle istotne wydaje się, że w ciągu ostatnich 40 lat konsumpcja bezalkoholowych napojów gazowanych na osobę zwiększyła się ponad czterokrotnie¹⁰⁷.

Zbyt mały udział w codziennej diecie produktów niskokalorycznych, obfitujących w błonnik, witaminy i wiele substancji mineralnych, stanowi kolejny powszechny błąd żywieniowy prowadzący do nadmiernej masy ciała. Ulubione produkty społeczeństwa ery komputerowej, czyli wspomniane już hamburgery, frytki, chipsy czy słodczyce, są wysokokaloryczne, lecz nie zapewniają wystarczającej podaży najważniejszych składników odżywczych. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że nie tylko ilość i jakość, lecz także częstotliwość i sposób jedzenia (np. dokładne przeżuwanie) odgrywają istotną rolę w powstawaniu nadwagi i otyłości¹⁰⁸. Przytoczone dane potwierdzają badania dotyczące stylu życia (w tym zwyczajów żywieniowych) otyłych kobiet. Wyniki badań pokazują, że prawie 30% respondentek albo nie preferowało posiłków niskoenergetycznych, albo jadło to, na co miało ochotę. Kobiety z najniższym wykształceniem wołały żywność wysokoprzetworzoną. Ponadto, większość badanych zawsze dojadła pomiędzy głównymi posiłkami. Ogólnie można zatem stwierdzić, że zwyczaje żywieniowe badanych kobiet

¹⁰⁴ Biorąc sobie za cel dzieci, bary te tworzą nie tylko dożywnych wielbicieli szybkich dań, lecz także ludzi, którzy nie potrafią sobie odmówić jedzenia o dużej zawartości soli, cukru i tłuszczu. W tym kontekście warto przytoczyć badania, które wykazały, że zdrowie dzieci imigrantów jest tym gorsze, im dłużej mieszkają one w Stanach Zjednoczonych. Dzieje się tak w dużej mierze dlatego, że to, co jedzą, coraz bardziej przypomina „śmięciowe jedzenie” spożywane przez większość dzieci Amerykanów. Por. G. RITZER: *Makdonaldyzacja...*, s. 228.

¹⁰⁵ E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów...*, s. 11.

¹⁰⁶ I. TARANOWICZ: *Zachowania w zdrowiu i chorobie...*, s. 64.

¹⁰⁷ E. SCHLOSSER: *Kraina fast foodów...*, s. 428.

¹⁰⁸ W. DRYGAS: *Otyłość...*, s. 49.

sprzyjały pojawieniu się otyłości¹⁰⁹. Również badania w grupie 40-letnich mężczyzn zagrożonych chorobami układu krążenia (na które duży wpływ ma sposób żywienia i związane z tym występowanie nadwagi i otyłości) pokazują, że w ocenie jakościowej sposobu żywienia obserwowano dużą nieregularność w spożywaniu posiłków, a ponadto, znaczny odsetek badanych osób przesunął jedzenie podstawowych posiłków na późne godziny popołudniowe i wieczorne, co wywiera niekorzystny wpływ na zdrowie. Co więcej, w większości racji pokarmowych badanych mężczyzn stwierdzono nadmierne, w stosunku do modelu prozdrowotnego, spożycie niekorzystnych, bo nasyconych kwasów tłuszczowych oraz cholesterolu pokarmowego¹¹⁰. Nieprawidłowy rozkład posiłków w ciągu dnia został także potwierdzony w badaniach przytaczanych przez E. Zubrzycką¹¹¹. Okazuje się, że osoby otyłe jedzą przede wszystkim po południu i wieczorem, nie odczuwają natomiast głodu rano. Zwykle mają nadzieję, że skoro nie zjedzą śniadania, to w ten sposób unikną jednego posiłku w ciągu dnia, a więc zjedzą mniej niż przewiduje norma dzienna, i schudną. Niestety, po południu apetyt wzrasta i poranne braki zostają skompensowane, często z nadmiarem. Zauważono również tendencję do zaniżania podawanych przez osoby otyłe ilości pożywienia¹¹². Może to być świadome lub podświadome działanie, natomiast przyczyn podświadomych należy szukać w uwarunkowaniach psychologicznych, niewłaściwej ocenie rozmiaru porcji, spożywaniu wysokoenergetycznych napojów oraz niedocenianiu zawartości energii i tłuszczu w wielu artykułach spożywczych¹¹³.

Tradycje żywieniowe w Polsce sprzyjają powstawaniu nadwagi i otyłości, głównie za sprawą spożycia tłuszczów, których ilość utrzymuje się na najwyższym poziomie w Europie. Zapewne jest to w dużej mierze wynik uwarunkowań kulturowych, w Polsce bowiem wędliny, kiełbasy czy mięso są synonimem dobrobytu i nieodłącznym atrybutem gościnności. Jednakże

¹⁰⁹ W. CHALCARZ, Z. HODYR, A. ŚRAMA, M. GRUSZECKA, M. KAPALACZYŃSKA: *Wybrane aspekty...*, s. 30.

¹¹⁰ J. WYKA, A. ŻECHAŁKO-CZAJKOWSKA: *Sposób żywienia z elementami stylu życia 40-letnich mężczyzn z Wrocławia w aspekcie zagrożenia chorobami układu krążenia. Cz. II. Witaminy. Składniki mineralne*. „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2004, T. 31, nr 3, s. 120—124; zob. też M. GIERCZYK, L. NAROJEK, K. TRZECIAK: *Porównanie modelu żywienia oraz stylu życia mężczyzn z niedokrwinną chorobą serca w okresie poprzedzającym zawał oraz osób zdrowych*. „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2004, T. 31, nr 2, s. 127—139.

¹¹¹ E. ZUBRZYCKA: *Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi*. Gdańsk, GWP, 2002, s. 25.

¹¹² Chociaż, jak twierdzi M. Konarzewski, wszyscy mamy tendencję do zaniżania oceny ilości zjedanego pożywienia o przynajmniej jedną trzecią. Por. M. KONARZEWSKI: *Na początku był głód...*, s. 177.

¹¹³ A. ASTRUP, A. RABEN, A.R. SKOV, S. TOUBRO: *Dietetyczne leczenie otyłości...*, s. 19; A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość...*, s. 28.

— jak pisze M. Krotkiewski — „dopóki podstawą sytego obiadu będzie porcja mięsa wieprzowego, a podstawą śniadania wędliny, dopóty Polska będzie przodować w statystyce najkrótszego przeciętnego życia w Europie. Dodatkowo, wzory żywieniowe Polaków wynikają również z faktu, że jeszcze kilkadziesiąt lat temu dla ciężko pracującego robotnika wysokokaloryczny, syty obiad był nieodłączną rekompensatą za trud wysiłku fizycznego. Współcześnie przeciętny Polak, choć nie pracuje już ciężko fizycznie, to nie zaczął jeszcze »joggingu«, natomiast tradycje żywienia ciężko pracującego robotnika pozostały bez zmian, chociaż robotnik stał się nieprzepracowującym się urzędnikiem administracji państwowej”¹¹⁴. Ponadto, wydaje się, że w Europie Środkowej łatwiej o rozwój otyłości, gdyż cena środków spożywczych jest odwrotnie proporcjonalna do ich wartości kalorycznej. Tradycje żywieniowe i socjalne uwarunkowania sprzyjają zatem nadmiernemu spożyciu, zaś codzienny wysiłek fizyczny, spacer, bieganie w dalszym ciągu uważane są za dziwactwo¹¹⁵.

Parę tysięcy lat temu większość ludzi wydatkowała ogromne ilości energii fizycznej w celu zapewnienia sobie żywności, odzienia i schronienia. Sytuacja ta uległa jednak radykalnej zmianie¹¹⁶. Dzisiaj — jak obrazowo ujął to M. Konarzewski — „wysiłek fizyczny związany ze zdobywaniem pokarmu ograniczyliśmy do popychania sklepowych wózków wypełnionych produktami upolowanymi na półkach supermarketów”¹¹⁷. Oczywiście, to wybitne ograniczenie wydatku energetycznego w życiu codziennym współczesnego człowieka nie dotyczy tylko czynności związanych ze zdobywaniem i przygotowywaniem pożywienia, ale wielu innych działań związanych z wykonywaniem pracy zawodowej, przemieszczaniem się z miejsca na miejsce czy koniecznych do sprawnego codziennego funkcjonowania. Należy podkreślić, że człowiek, będąc w procesie ewolucji niejako „zaprogramowany” do większej codziennej aktywności, a współcześnie odczuwając komfort psychiczny wynikający z unikania pracy fizycznej i wysiłku mięśni, poniekąd sam ryzykuje i naraża się na utratę zdrowia. Siedzący tryb życia prowadzi bowiem nie tylko do gromadzenia nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej, ale także zwiększa ryzyko wystąpienia wielu poważnych chorób (m.in. choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, chorób naczyniowych mózgu i niektórych nowotworów). Nie ulega zatem wątpliwości, że drastyczne ograniczenie aktywności fizycznej¹¹⁸ jest drugim niezwykle

¹¹⁴ M. KROTKIEWSKI: *Epidemia otyłości*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15), s. 34.

¹¹⁵ Ibidem.

¹¹⁶ W. DRYGAS: *Otyłość...*, s. 50.

¹¹⁷ M. KONARZEWSKI: *Na początku był głód...*, s. 179.

¹¹⁸ Według S. KOZŁOWSKIEGO i K. NAZAR (*Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*. Warszawa, PZWL, 1984), aktywność fizyczna jest to „praca mięśni szkieletowych wraz z całym zespołem towarzyszących jej czynnościowych zmian w organizmie” (podano za:

ważnym elementem stylu życia mającym wpływ na powstawanie nadwagi i otyłości. Co więcej, zmniejszenie codziennej aktywności fizycznej społeczeństw może obecnie odgrywać większą rolę niż nadmierne dostarczanie energii z pożywienia. W wielu krajach europejskich obserwuje się bowiem w okresie ostatnich 10 lat tendencję do niewielkiego zmniejszania wartości energetycznej spożywanych codziennie pokarmów przy jednoczesnej tendencji do wzrostu masy ciała i wskaźników BMI populacji. W kontekście tych informacji należy z ubolewaniem stwierdzić, że społeczeństwo polskie należy do najmniej aktywnych fizycznie. Badania, przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu badawczego „Bridging East—West Health Gap” z udziałem mieszkańców Finlandii, RFN, Hiszpanii, Węgier i Rosji, wykazały, że jedynie ok. 10% Polaków wykonuje systematycznie (minimum 2—3 razy tygodniowo) ćwiczenia fizyczne, trwające przynajmniej 20—30 minut. Zdecydowana większość (ok. 60—70% osób dorosłych) nie wykonuje żadnych ćwiczeń fizycznych lub czyni to zaledwie kilka razy w roku. Poziom aktywności fizycznej mieszkańców Polski jest zdecydowanie niższy nie tylko w porównaniu z mieszkańcami krajów Europy Zachodniej, lecz także Rosji i Węgier. W wielu państwach bowiem procent aktywnych fizycznie osób dorosłych sięga 40—50, a nawet 60¹¹⁹. Wobec przytoczonych doniesień można niewątpliwie stwierdzić, że polskie społeczeństwo staje się coraz bardziej bierne i leniwe. Gwałtowny postęp cywilizacyjny, rozwój techniki, motoryzacji i sposobów komunikowania się sprawiły, że dążąc za nowoczesnością, współczesny człowiek zapomina o pewnych ponadczasowych wartościach, takich jak: ruch, zabawa, rekreacja czy sport¹²⁰. Ogólnie szacuje się, że w Polsce zadowolający z punktu widzenia zdrowia poziom aktywności fizycznej cechuje: 70% dzieci 6—7-letnich, 20—30% młodzieży w wieku 11—15 lat i tylko 10% dorosłych. Wynik ten jest efektem tego, że w czasie wolnym przeciętnego Polaka dominują zajęcia związane z brakiem ruchu¹²¹. Jak twierdzi W. Drygas, „przeciętny Polak uprawia ćwiczenia fizyczne wtedy, kiedy ma na to czas, czyli... nigdy!”¹²². Argument dotyczący

J. DRABIK: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Gdańsk, AWF, 1995, s. 20). Przede wszystkim zaś, jak pisze J. Drabik (ibidem, s. 19), „aktywność fizyczna jest kluczowym i integrującym składnikiem zdrowego stylu życia”.

¹¹⁹ W. DRYGAS: *Otyłość...*, s. 50; TENŻE: *Program aktywności fizycznej w zakładzie pracy*. W: *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy*. Red. A. GNIAZDOWSKI. Łódź, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, 1998, s. 77.

¹²⁰ W. CHATYS: *Środowisko rodzinne a zabawy i gry ruchowe dzieci*. „Lider” 2001, nr 3, s. 28.

¹²¹ *Narodowy Program Zdrowia 1996—2006*. W: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000, s. 100—144 (aneks).

¹²² W. DRYGAS: *Program aktywności fizycznej w zakładzie pracy...*, s. 77.

braku czasu, podawany przez większość osób o małej aktywności fizycznej, jest trudny do zaakceptowania, gdyż z raportów ośrodków badania opinii publicznej wynika, że dorosły obywatel spędza średnio 3—4 godziny dziennie przed ekranem telewizora. Te dane potwierdzają również badania przeprowadzone przez Z. Krawczyka¹²³, z których wynika, że wśród wielu czynności czasu wolnego dominuje oglądanie telewizji, a tylko nieliczni poświęcają swoją uwagę rekreacji fizycznej (spacery, uczestnictwo w zawodach sportowych, czynne uprawianie sportu, wycieczki turystyczne). Zasadność określenia „populacja o siedzącym trybie życia” potwierdza także na podstawie wyników swoich eksploracji A. Łuszczżyńska. Autorka przeprowadziła badania ankietowe w grupie 884 osób, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, w wieku od 18. do 65. roku życia. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że aktywność fizyczna ok. 60% badanej populacji jest przeciętnie niska. „Angażowanie się raz w tygodniu lub rzadziej w intensywną aktywność fizyczną i równie rzadkie uprawianie innej, umiarkowanej aktywności ruchowej oraz sporadyczne uprawianie sportu odpowiada przeciętnemu, pasywnemu stylowi życia w wysoko uprzemysłowionych krajach”¹²⁴. Jak przypuszcza autorka badań, „fakt, iż jest to normą statystyczną, oznacza, że pasywny fizycznie tryb życia jest zachowaniem modelowym”¹²⁵. Wniosek ten nie napawa optymizmem, nie tylko w kontekście nadwagi i otyłości, ale również szeroko pojmowanego zdrowia człowieka. W. Drygas szacuje, że aż 90—95% dorosłej części społeczeństwa w Polsce można zakwalifikować do osób potencjalnie zagrożonych niekorzystnymi skutkami zdrowotnymi siedzącego trybu życia¹²⁶.

Analizując poziom aktywności społeczeństwa, należy podkreślić, że taki styl spędzania czasu wolnego naśladują dzieci, co jest szczególnie widoczne wśród dotkniętych problemem otyłości¹²⁷. Jak stwierdził M. Konarzewski, „rośnie kolejne pokolenie »nieruchawych« puszystych, bowiem ryzyko rozwoju otyłości jest pięciokrotnie większe wśród dzieci, które spędzają dziennie przed telewizorem lub komputerem pięć lub więcej godzin, niż wśród tych, którzy czynią to przez mniej niż dwie godziny, większość zaś dzieci należy do pierwszej kategorii”¹²⁸. Równie obrazowo zjawisko to opisała felietonistka dziennika „The Atlanta Journal-Constitution”: „Do legionu kanapowych ziemniaków, które wyrosły, oglądając za dużo telewizji,

¹²³ Z. KRAWCZYK: *Kultura fizyczna a styl życia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 5/6, s. 70.

¹²⁴ A. ŁUSZCZYŃSKA: *Zmiana zachowań zdrowotnych...*, s. 78.

¹²⁵ Ibidem.

¹²⁶ W. DRYGAS: *Program aktywności fizycznej w zakładzie pracy...*, s. 77.

¹²⁷ I. CZAJKA, B. RYMKIEWICZ-KŁUCZYŃSKA, B. PYRŻAK: *Psychosocjologiczne aspekty otyłości u dzieci...*, s. 23.

¹²⁸ M. KONARZEWSKI: *Na początku był głód...*, s. 178.

dołączyła ostatnio rzesza internetowych grzybów, zapuszczających korzenie przed komputerem, których jedynym ćwiczeniem jest gimnastykowanie palców wskazujących na klawiaturze”¹²⁹. Sytuację tę potęguje również bierna postawa rodziców oraz ich niska świadomość edukacyjno-wychowawcza, która powoduje, że dzieci, dysponując nadmiarem czasu wolnego, pozbawione nadzoru dorosłych, w większości spędzają go właśnie przed telewizorem czy komputerem, które to współcześnie stały się dla nich podstawową rozrywką¹³⁰.

Bierny sposób spędzania czasu wolnego jest popularny także wśród młodzieży. Przeprowadzone w latach 1990—1994 przez B. Woynarowską¹³¹ badania pokazują, że:

- aktywność fizyczna młodzieży 11—15-letniej w czasie wolnym jest niska; zajęcia ruchowe o dużej intensywności wysiłku wykonuje bardzo rzadko 23% chłopców i 38% dziewcząt; bardzo krótko — 35% chłopców i 50% dziewcząt; w bezruchu, przed telewizorami spędza dziennie 4 godziny i więcej 44% chłopców i 31% dziewcząt;
- w ciągu podanych 4 lat (1990—1994) zwiększyła się o kilka procent grupa młodych ludzi ćwiczących zbyt rzadko, a spędzających zbyt dużo czasu przed telewizorami.

To drastyczne ograniczenie aktywności fizycznej współczesnego społeczeństwa musi budzić niepokój, szczególnie w kontekście negatywnych skutków zdrowotnych, jakie z sobą niesie. Dodatkowo, biorąc pod uwagę fakt przejmowania przez dzieci i młodzież siedzącego stylu życia dorosłych, sytuacja wydaje się jeszcze bardziej groźna i niekorzystna. A przecież, należy po raz kolejny podkreślić, że współcześnie to właśnie ograniczenie aktywności fizycznej odgrywa kluczową rolę w rozwoju epidemii otyłości (i wielu innych chorób) w krajach uprzemysłowionych.

Wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka, styl życia odgrywa ogromną rolę, a jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdej jednostki¹³². Wydaje się więc, że wystarczy jedynie zmienić tryb życia, aby poprawić swoje zdrowie i tym samym jakość egzystencji. Warto jednak zaznaczyć, że radykalna zmiana codziennego funkcjonowania nie należy do zadań łatwych. Okazuje się bowiem, że kiedy zachowanie stanowi element stylu życia, jego przemiana jest trudniejsza i wymaga wszechstronnej analizy oraz ewentualnej zmiany norm społecznych, wartości kulturowych oraz ekonomicznych i środowiskowych warunków wspierających dotychczasowy

¹²⁹ A. MICHALSKA: *Inwazja tłuszczu*. „Nowe Państwo” 2005, nr 3.

¹³⁰ W. CHATYS: *Środowisko rodzinne...*, s. 28.

¹³¹ B. WOYNAROWSKA, I. BURZYŃSKA, A. OBLACIŃSKA: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11—15 lat w Polsce 1990—1994*. „Lider” 1995, nr 11/12, s. 3.

¹³² *Narodowy Program Zdrowia 1996—2006...*

sposób funkcjonowania¹³³. Jednakże zmiana ta, chociaż trudna, nie jest niemożliwa, zwłaszcza jeśli dla człowieka zdrowie stanowi wartość najwyższą, a dodatkowo głęboko uwierzy on w słuszność słów N. Amosowa: „Człowiek odpowiada za swoje zdrowie, sam może je odzyskać i zachować — za cenę własnego, często bardzo znacznego wysiłku”¹³⁴.

¹³³ L. PRZEWOŹNIAK: *Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym...*, s. 370.

¹³⁴ N. AMOSOW: *Wasze zdrowie w waszych rękach*. „Sputnik” 1971, nr 6, s. 4—10. Podano za: W. STAROSTA: *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 5/6, s. 76.

Rozdział trzeci

Nadwaga i otyłość jako wyznaczniki psychospołecznego funkcjonowania człowieka w środowisku życia w świetle badań własnych

1. Nadmierna masa ciała z perspektywy doświadczeń społecznych osób otyłych

„Od dzieciństwa do późnej starości człowiek próbuje jakoś pogodzić potrzebę zachowania własnej indywidualności i niepowtarzalności z potrzebą przynależności do jakiejś wspólnoty i zyskiwania akceptacji ze strony innych ludzi. Mniej lub bardziej świadomie szuka kompromisu między indywidualną tożsamością, osobistą definicją tego, kim jest, jakie są jego pragnienia, plany i cele, a wymaganiami i oczekiwaniami grupy, do której należy lub chce należeć, czyli tożsamością społeczną”¹. Badania jednoznacznie potwierdzają uniwersalność potrzeby przynależności i akceptacji. Dlatego też osoba, która spostrzega swoje atrybuty jako trwale dewaluujące ją w oczach innych ludzi, musi odczuwać zagrożenie i spodziewać się, że będzie oceniana poprzez wyróżniający ją znak szczególny, natomiast jej inne niepowtarzalne właściwości mogą być ignorowane, a ona sama — zostanie odrzucona. Można rzec, że widzi ona istotną różnicę między jej osobistą tożsamością — związaną z jakimiś szczególnymi cechami fizycz-

¹ Każdy człowiek poszukuje związków z innymi ludźmi i ich akceptacji, nawet jeżeli deklaruje, że nie potrzebuje sympatii i wsparcia ze strony innych, a swoją samoocenę opiera na własnych kompetencjach i osiągnięciach. Podano za: K. SKARŻYŃSKA: *Nieakceptowana odmienność a relacje społeczne. Konstruowanie piętna. Przedmowa do wydania polskiego*. W: *Społeczna psychologia piętna*. Red. T.F. HEATHERTON, R.E. KLECK, M.R. HEBL, J.G. HULL. Przeł. J. RADZICKI, M. SZUSTER, T. SZUSTOWA. Warszawa, PWN, 2008, s. 9.

nymi (np. zniekształcenia czy kalectwo fizyczne) lub psychiczno-społecznymi (np. niestabilność emocjonalna, popełnienie przestępstwa, odmienna orientacja seksualna, pochodzenie z mniejszościowej grupy religijnej czy etnicznej) — a wymaganiami grupy, która dostrzega i dewaluuje te atrybuty. Dostrzeżenie wspomnianej różnicy, „szczególnego znaku”, często obniża wartość jednostki w oczach jej samej i innych². Właściwością, która może, ale przecież nie musi doprowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości, m.in. przez negatywne reakcje otoczenia, jest nadmierna masa ciała.

Rozpatrując otyłość w aspektach społecznych, warto zauważyć, że już samo definiowanie nadwagi i otyłości z tej perspektywy różni się znacznie od innych ujęć, np. medycznych. Okazuje się bowiem, że w nurcie psychologii społecznej nadmiar masy ciała stanowi cechę (właściwość) przypisywaną jednostce przez inne osoby. Innymi słowy, osobą otyłą jest taka jednostka, której inni przypisują właśnie taki atrybut. Jednocześnie, warto zauważyć, że otyłość w nurcie społecznym może być rozpatrywana w dwóch aspektach³:

- charakteru społecznego spostrzegania (w odniesieniu do osób, które są określone przez innych jako otyłe);
- konsekwencji społecznego spostrzegania (w odniesieniu do osób, które zostały przez innych określone jako otyłe).

Zgodnie z literaturą przedmiotu, osoby otyłe są (lub mogą być) stygmatyzowane z powodu wyglądu ciała, który odbiega od promowanego w kulturze zachodniej ideału. Niewątpliwie — w mniejszym lub większym stopniu — spotykają się z lekceważeniem i dyskryminacją w życiu codziennym; być może częściej niż osoby nieatrakcyjne, które mogą mieć (lub być postrzegane jako mające) mniejszą kontrolę nad swym wyglądem fizycznym⁴. Upředzenia ze względu na masę ciała odnoszą się do negatywnych zachowań otoczenia, które powodują, że interakcja pomiędzy ludźmi przebiega w szkodliwy sposób. Osobie, która jest stygmatyzowana z uwagi na nadmiar masy ciała, przypisuje się negatywne stereotypy⁵, które są przyczyną wzrostu podatności na złe traktowanie i dyskryminację⁶.

² Ibidem, s. 9—10.

³ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych*. „Nowiny Psychologiczne” 1993, nr 4, s. 108.

⁴ Ibidem, s. 356.

⁵ C. STANGOR i M. SCHALLER (*Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe*. W: *Stereotypy i upředzenia. Najnowsze ujęcie*. Red. C.N. MACRAE, C. STANGOR, M. HEWSTONE. Przeł. M. MAJCHRZAK. Gdańsk, GWP, 1999, s. 13) piszą, iż „współcześnie w psychologii stereotypy są określane jako nazbyt uproszczone i sztywne pojęcia o grupach ludzi, w których obrębie wszystkim jednostkom przypisuje się tzw. charakterystykę grupową i zamiast postrzegać je jako niepowtarzalne, ich różnorodność i złożoność redukuje się do kilku zaledwie kategorii”.

⁶ Zgodnie z jedną z definicji, dyskryminacja określana jest jako „nieusprawiedliwione, negatywne lub krzywdzące działanie skierowane przeciwko członkowi danej grupy,

Uprzedzenia⁷ w stosunku do ludzi z nadmiarem masy ciała mogą przybierać różne formy:

- dokuczanie słowne (np. złośliwe nazywanie, uwłaczające uwagi, wyśmiewanie);
- agresja fizyczna (np. uderzanie, popychanie, kopanie);
- represjonowanie relacyjne (np. społeczne wyłączenie, bycie unikany lub ignorowanym, stawianie się obiektem plotek).

Warto zauważyć, że uprzedzenia w stosunku do osób otyłych mogą zarówno przejawiać się w subtelnej formie, jak i być wyrażane jawnie, otwarcie⁸. Negatywny charakter spostrzegania takich ludzi znajduje swoje odzwierciedlenie nawet w percepcji osób, które same nie są szczupłe⁹. Ponadto, osoby otyłe oceniane są niżej aniżeli szczupłe z takimi samymi kwalifikacjami zawodowymi, mają one także większe trudności ze znalezieniem pracy oraz z wynajęciem mieszkania. Ogólnie, w społecznym spostrzeganiu osoba otyła to jednostka nieatrakcyjna, zarówno pod względem zewnętrznego wyglądu, jak i cech osobowych¹⁰.

W psychologii społecznej rozpatruje się genezę negatywnego spostrzegania osób otyłych. Badacze najczęściej wymieniają trzy determinanty¹¹:

- **kulturową** — w kulturze większości społeczeństw występują wzorce i normy; przypuszcza się zatem, że jeżeli istnieje „ja idealne” o wymiarze społecznym, to dla kultury zachodniej jest ono szczupłe;
- **medyczną** — najnowsze badania lekarskie wskazują na poważne konsekwencje zdrowotne otyłości; ich świadomość powoduje, że np. w Stanach Zjednoczonych niektóre towarzystwa ubezpieczeniowe odmawiają ubezpieczeń osobom otyłym;

wyłącznie dlatego, że do niej należy”. E. ARONSON, T.D. WILSON, R.M. AKERT: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Przeł. A. BEZWIŃSKA. Poznań, Zysk i S-ka, 1997, s. 546; T.D. NELSON: *Psychologia uprzedzeń*. Przeł. A. NOWAK. Gdańsk, GWP, 2003, s. 28; D.T. KENRICK, S.L. NEUBERG, R.B. CIALDINI: *Psychologia społeczna*. Przeł. A. NOWAK. Gdańsk, GWP, 2002, s. 546.

⁷ Uprzedzenie, według G. Allporta, to „antypatia oparta na błędnym lub sztywnym uogólnieniu. Można ją odczuwać lub wyrażać. Może się odnosić do grupy jako całości albo do jednostki jako przedstawiciela tej grupy”. G. ALLPORT: *The nature of prejudice*. New York, Doubleday/Anchor, 1979, s. 9. Podano za: J.F. DOVIDIO, B. MAJOR, J. CROCKER: *Piętno: wprowadzenie i zarys ogólny*. W: *Společna psychologia piętna...*, s. 26.

⁸ North American Association for the Study of Obesity. Dostępne w Internecie: <http://www.obesityonline.org/slides/slide01.cfm?tk=44&cdpg> [data dostępu: 12.12.2008].

⁹ Przykładowo, dorośli negatywnie spostrzegają dzieci otyłe, nawet jeżeli sami są otyli.

¹⁰ J. RADOSZEWSKA: *Z badań nad tożsamością osób otyłych*. „Nowiny Psychologiczne” 1994, nr 4, s. 89.

¹¹ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 109.

— **ekonomiczną** — ze względu na prognozy zdrowotne ludzi otyłych uznaje się za „gorszą inwestycję”; ich praca jest uważana za mniej efektywną, przez co osoby te mają większe trudności ze znalezieniem posady.

Łatwo zauważyć, że w rezultacie negatywnego społecznego spostrzegania osoby otyłe często znajdują się w sytuacjach trudnych. Negatywne postawy innych, często uprzedzenia względem otyłych prowadzą do ich poczucia samotności i odrzucenia. Jest to szczególnie widoczne w Stanach Zjednoczonych, gdzie, jak donoszą T.A. Wadden i A.J. Stunkard¹², występuje silne uprzedzenie do osób otyłych, bez względu na wiek, płeć, rasę czy status socjoekonomiczny. W kontekście badań własnych należy stwierdzić, iż podobne doświadczenia były udziałem części badanych, ale jednocześnie, rozpatrując całościowo uzyskany materiał badawczy, zaobserwowano dwie przeciwstawne tendencje, które tylko częściowo potwierdzają doniesienia z badań innych autorów, dotyczące negatywnych reakcji społecznych na osoby z nadwagą i otyłością. Wynika to z faktu, że wypowiedzi respondentów w analizowanej kwestii świadczyły o zróżnicowanym charakterze doświadczeń społecznych uwarunkowanych masą ciała — od deklaracji o braku wpływu masy ciała na relacje społeczne (*„Całe życie jestem otyły, już się do tego przyzwyczaiłem, moja rodzina i znajomi też. Mam raczej problemy zdrowotne związane z wagą, ale nie z innymi ludźmi”*¹³) po te, które potwierdzały stanie się obiektem kpin, plotek czy nieprzyjemnych uwag związanych z wyglądem zewnętrznym. Przykład tego typu doświadczeń stanowią chociażby takie wypowiedzi, jak: *„Spotkałam się z negatywnymi reakcjami, na przykład wyśmiewanie bądź obmawianie za plecami”*; *„Było to w trakcie zakupów, kiedy ekspedientka powiedziała mi, że ubrania w moim rozmiarze należy szyc u krawca”*; *„Przez całe swoje życie słyszałam wiele obraźliwych tekstów na mój temat. Od zwykłego »pączka«, po coś w stylu »Boże, ja bym musiała chyba jeść 7 000 kalorii dziennie, żeby wyglądać tak strasznie, jak ona«, albo jeszcze lepiej: »Ty gruba świnió, idź się schowaj i się nażryj«*”. Tych kilka przytoczonych głosów, obrazujących społeczne doświadczenia związane z nadmierną masą ciała, pokazuje, że problem uprzedzeń do otyłych i ich dyskryminacji nie jest wyolbrzymiany, a osoby z nadmierną masą ciała rzeczywiście doświadczają sytuacji, w których waga jest dla innych powodem, a być może i pewnego rodzaju przyzwoleniem, na obrażanie i poniżanie drugiego człowieka. Sugestie te znajdują potwierdzenie w literaturze przedmiotu, zgodnie z którą stereotypy niektórych grup oparte są wyłącznie na ich wy-

¹² T.A. WADDEN, A.J. STUNKARD: *Social and psychological consequences of obesity*. „Annals of Internal Medicine” 1985, no 103, s. 1062—1067. Podano za: M. FILA, J. TERELAK: *Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka*. „Przegląd Psychologiczny” 1994, T. 37, nr 1/2, s. 110.

¹³ Wszystkie cytaty pochodzą z forów i blogów internetowych oraz przeprowadzonych wywiadów. W przypadku źródeł internetowych zachowano oryginalną pisownię.

głódzie — ludzie atrakcyjni fizycznie, niscy, rudowłosi czy właśnie otyli¹⁴. Współcześnie stwierdza się nawet istnienie „społecznego stereotypu osoby otyłej”. Powszechnie bowiem ludzie ci uważani są za mało atrakcyjnych, przypisuje się im gorsze cechy charakteru (takie jak: brak silnej woli, samokontroli oraz dbałości o siebie) oraz gorsze kwalifikacje zawodowe. Jak wynika z badań, stereotypom ulegają także dzieci, otyłość bowiem kojarzyły z takimi cechami, jak: otyłość, głupota, lenistwo, brud, alkoholizm itd. Co więcej, ich opinię podzielały też same dzieci otyłe, których rodzice czuli się upokorzeni z powodu ich wyglądu¹⁵. Wspomniany stereotyp osoby otyłej jest często przez psychologów porównywany do kategorii bardziej ogólnej, mianowicie: „stereotypu osoby nieatrakcyjnej”, ale również często pojawia się określenie „piętno¹⁶ otyłości” (*stigma of obesity*)¹⁷.

Psychologiczne i społeczne konsekwencje piętna obejmują reakcje zarówno podmiotu postrzegającego, jak i osoby napiętnowanej¹⁸. Ta ostatnia bowiem zwykle zdaje sobie sprawę, że cecha, która czyni ją odmienną, wpływa na jej społeczne interakcje oraz na postrzeganie jej przez otoczenie. Dlatego też, jak sugerują badania, ludzie otyli bardzo często interpretują swoje doświadczenia społeczne przez pryzmat swojej nadwagi¹⁹. Stanowi ona uzasadnienie przyczyn negatywnych informacji zwrotnych, jakie

¹⁴ L.A. ZEBROWITZ: *Wygląd zewnętrzny jako podstawa stereotypizacji*. W: *Stereotypy i uprzedzenia...*, s. 66.

¹⁵ A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość*. Przeł. P. GODLEWSKA. Kraków, Medycyna Praktyczna, 1996, s. 63.

¹⁶ Piętno jest właściwością, która „naznacza” jednostkę jako dewiacyjną, niedoskonałą, ograniczoną, zepsutą lub niepożądaną pod jakimkolwiek innym względem. Por. E. GOFFMAN: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przeł. A. DZIERŻYŃSKA, J. TOKARSKA-BAKIR. Gdańsk, GWP, 2005, s. 32—33. Zob. też: H. SĘK: *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa, PWN, 1991, s. 94—98.

¹⁷ J. RADOSZEWSKA: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych...*, s. 108.

Główny negatywny wpływ napiętnowania zwykle nie dotyczy fizycznych skutków posiadanej cechy, lecz skutków psychologicznych i społecznych. Większość bowiem cech, które wiążą się z możliwością napiętnowania, prowadzi raczej do odrzucenia i izolacji, a w konsekwencji stanowi zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Poza tym, nawet jeśli piętno i społeczne odrzucenie nie stwarzają bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia fizycznego, mogą stwarzać zagrożenie pośrednie — np. ograniczać dostęp do opieki medycznej, oświaty, zatrudnienia i mieszkań, a także przyczyniać się do nasilenia stresu i lęku. Por. T.D. NELSON: *Psychologia uprzedzeń...*, s. 26—27.

¹⁸ J.F. DOVIDIO, B. MAJOR, J. CROCKER: *Piętno: wprowadzenie i zarys ogólny...*, s. 27.

¹⁹ J. CROCKER, B. CORNWELL, B. MAJOR: *The stigma of overweight. Affective consequences of attributional ambiguity*. „Journal of Personality and Social Psychology” 1993, Vol. 64, no 1, s. 60—70. Podano za: A. GŁĘBOCKA, A. WIŚNIEWSKA: *Psychologiczny portret kobiet otyłych*. W: *Wizunek ciała. Portret Polek*. Red. A. GŁĘBOCKA, J. KULBAT. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2005, s. 77.

otrzymują ze strony otoczenia²⁰. Jak pisze E. Goffman, „społeczeństwo stosuje wobec napiętnowanych osób różne formy dyskryminacji, przez co skutecznie — nawet jeśli często nieświadomie — zmniejsza się ich życiowe szanse”²¹, a ponadto, jak twierdzi jeden z internautów: „*Ta dyskryminacja często przybiera bardzo ukryte formy i jest wręcz niezauważalna dla przeciętnego człowieka. Jednak homofobia, seksizm czy antysemityzm doczekały się swego »poważnego rozpatrzenia«. Mówienie o dyskryminacji grubych — wywołuje śmiech*”.

Jak wynika z badań wielu autorów, ludzie otyli doświadczają dyskryminacji w niemalże wszystkich sferach życia. Podlegają oni dyskryminacji na rynku pracy, są obiektem niewybrednych dowcipów (również w mediach), powszechnie są postrzegani jako rozlaźli, głupi i brzydcy. Kobiety otyłe są przy tym społecznie deprecjonowane w stopniu znacznie wyższym niż otyli mężczyźni. Badania amerykańskie pokazują, że ludzie otyli spotykają się z dyskryminacją także w sferze edukacji, podczas poszukiwania pracy i w życiu społecznym. W porównaniu ze swymi rówieśnikami o normalnej wadze mają mniejsze szanse, by studiować na elitarnych uczelniach, mniejsze szanse, że zostaną przyjęci do pracy i większe — że będą mieli trudności ze znalezieniem sobie partnera²². Otyłość jest związana z różnymi negatywnymi konsekwencjami, m.in. z niższą pozycją społeczno-ekonomiczną i niskim poczuciem własnej wartości. W Stanach Zjednoczonych negatywne postawy wobec ludzi otyłych występują wśród członków wielu grup etnicznych i społeczno-ekonomicznych, wśród pracowników służby zdrowia, łącznie z lekarzami, pielęgniarkami i psychologami, jak również wśród mających zaledwie 6 lat dzieci, a nawet wśród samych ludzi otyłych²³. Należy zauważyć, że ważna z punktu widzenia społecznych reakcji na oty-

²⁰ Trudno jednak się dziwić, skoro informacji tych, szczególnie w kulturze amerykańskiej, jest sporo. Okazuje się np., że w Stanach Zjednoczonych wszelkiego rodzaju poradniki, reklamy itp. stawiają sobie za cel wręcz obrzydzanie otyłości.

²¹ E. GOFFMAN: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości...*, s. 35.

²² Podobną dyskryminację obserwuje się w Europie (A. BASDEVANT, M. LE BARZIC, B. GUY-GRAND: *Otyłość...*, s. 63). Znaczący przedmiotem zaobserwowali niższy poziom akceptacji otyłych studentów, chociaż ci nie różnili się od normalnie ważących umiejętnościami i postępami w nauce. Również w środowisku pracy osoby otyłe narażone są na prześladowania, z powodu swojej figury mają mniejsze szanse otrzymania pracy umysłowej, chociaż nie różnią się kwalifikacjami i umiejętnościami od osób szczupłych. Wielu pracodawców w ogóle nie chce zatrudniać osób otyłych. Tezę tę potwierdzają też badania, zgodnie z którymi 16% pracodawców nie chciało zatrudniać otyłych kobiet pod żadnym warunkiem, a dalsze 44% zatrudniłoby je z pewnymi zastrzeżeniami (T.A. WADDEN, A.J. STUNKARD: *Social and psychological consequences...*, s. 110—111). Stwierdzono ponadto, że osoby otyłe mają mniejsze szanse zawarcia związku małżeńskiego niż osoby normalnie ważne (M. FILA, J. TERELAK: *Otyłość jako źródło stresu...*, s. 111).

²³ L. JUSSIM, P. PALUMBO, C. CHATMAN, S. MADON, A. SMITH: *Piętno a samospelniające się proroctwa*. W: *Społeczna psychologia piętna...*, s. 356.

łość i inne nieakceptowane cechy jest spostrzegana umiejętność kontroli cechy wyróżniającej osobę. O ile takie właściwości, jak: przynależność rasowa i kolor skóry, nie są możliwe do kontrolowania, o tyle waga jest w Ameryce Północnej postrzegana jako podlegająca kontroli, a posiadanie nadwagi uważane jest za przejaw braku silnej woli lub samodyscypliny. Przekonania na temat silnej woli dzielą zarówno osoby z nadwagą, jak i osoby normalnie ważące. Co więcej, opinia, że nadwaga wynika z braku samodyscypliny, wiąże się u wszystkich tych osób z niechęcią do ludzi z nadmierną masą ciała²⁴. Ponadto, komponentami tego rodzaju stygmatyzacji są m.in. takie powszechne przekonania, jak twierdzenie, że otyli w mniejszym stopniu kontrolują swoje życie, mają słabą wolę, są winni i ponoszą pełną odpowiedzialność za swój wygląd²⁵. W tym kontekście jedna z osób wypowiada się na forum internetowym w następujący sposób:

Grube jest śmieszne — dlaczego nikt nie wyśmiewa, w serialach na przykład, ludzi niepełnosprawnych? Bo skończyłoby się to sądem. I słusznie. Ale gruby nie ma praw. Sam jest sobie winien. Jak alkoholik. Nie, alkoholik nie jest już sam sobie winien, to choroba. Otyłość niby też, ale na własne życzenie. No, alkoholizm niby też, ale... ale, ale nie ma usprawiedliwienia dla grubych.

Inna osoba przytacza niezwykle kontrowersyjną wypowiedź, jaką znalazła na jednym z forów internetowych:

Wypowiedź z forum internetowego: W polskiej rzeczywistości ubezpieczycielem jest de facto państwo finansowane z kieszeni podatnika. Grubasy — stali klienci opieki zdrowotnej — obciążają swoimi schorzeniami szanujących się obywateli. Nie mówię, żeby obżartuchów nie leczyć. Powinni mieć jednak świadomość, że korzystają z systemu opieki zdrowotnej w większym zakresie niż ludzie prowadzący mniej gnuśny styl życia. I dalej: Jeśli ktoś żre bez opamiętania, to znaczy, że nie wie, co to charakter, godność, człowieczeństwo. Człowiek, który stacza się do poziomu pochłaniającego wszystko tuczniaka, nie jest godzien szacunku. Wziąć się za siebie, trochę honoru, samozaparcia. W USA ulicami suną opasłe potwory zadowolone ze swojego wyglądu — do tego właśnie prowadzi konsumpcyjny styl życia. Grubasy — wstyďte się!

²⁴ J. CROCKER, D.M. QUINN: *Piętno społeczne i Ja: znaczenia, sytuacje i samoocena*. W: *Spółeczna psychologia piętna...*, s. 166.

²⁵ A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa, PWN, 2007, s. 35.

Każdy człowiek funkcjonuje w wielu wymiarach życia społecznego, pełniąc różnorodne role społeczne: córki/syna, rodzica, małżonka, pracownika, kolegi, klienta, konsumenta itd. Jednym z niezwykle ważnych dla jednostki obszarów egzystencji jest **środowisko rodzinne**. Dla wielu ludzi rodzina jest ożywym źródłem radości, miłości i przywiązania. Relacje rodzinne — między żoną a mężem, rodzicami a dziećmi, braćmi a siostrami albo dalekimi krewnymi — mogą być ciepłe i satysfakcjonujące. Jednakże rodzina może też być miejscem wyzysku, samotności i rażących nierówności, a relacje wewnątrzrodzinne — tak napięte, iż mogą prowadzić do rozpacz i być przyczyną głębokiego lęku, poczucia winy czy braku wsparcia²⁶. Mając na uwadze przytoczone konstatacje, w ramach prowadzonych badań własnych starano się odpowiedzieć na pytanie: czy nadmiar masy ciała determinuje funkcjonowanie człowieka w środowisku rodzinnym? Zgodnie z literaturą przedmiotu bowiem, między osobami z nadmierną wagą a tymi z wagą w normie mogą istnieć różnice w jakości relacji rodzinnych i przyjacielskich. Badania zagranicznych autorów pokazują, że osoby powyżej 25. roku życia, które miały BMI większe niż 40, zgłaszały istotnie wyższy poziom stresu i niższy poziom wsparcia społecznego w odniesieniu do relacji w rodzinie — zależność ta była widoczna zwłaszcza wśród osób, które były otyłe już w wieku 21 lat (na co najmniej 4 lata przed badaniem)²⁷. Wiele z opublikowanych w ostatnim czasie badań potwierdza, że częstym źródłem stygmatyzacji ludzi z nadmierną masą ciała są członkowie rodziny.

Odkąd pamiętam, moja kochana rodzinka rzucała komentarze: „coraz cię więcej się robi”, „wykapany tatuś... i też taka duża”, „dziecko, schudłabyś trochę, co? w nic się już nie mieścisz”.

Brat wstydził się przy mnie chodzić i uciekał, jak tylko mnie widział [...]. Ale chyba najbardziej bolały mnie uwagi od rodziny, a szczególnie od taty. Kiedyś powiedział mi: Masz taką ładną twarz, ale baleron z ciebie.

W badaniach na temat doświadczeń związanych ze stygmatyzowaniem osób z nadmierną masą ciała oraz źródeł uprzedzeń, w których wzięło udział 2 400 dorosłych kobiet, zaobserwowano, że członkowie rodziny byli najczęściej wymienianym źródłem stygmatyzacji. 72% badanych przyznało się do doświadczania dyskryminacji ze strony członków rodziny, 62% zaś stwierdziło, iż członkowie rodziny stygmatyzowali respondentów przy

²⁶ A. GIDDENS: *Socjologia*. Przeł. A. SZULŻYCKA. Warszawa, PWN, 2008, s. 196—214.

²⁷ D. CARR, M.A. FRIEDMAN: *Body weight and the quality of the interpersonal relationship*. „Social Psychology Quarterly” 2006, no 69, s. 127—149. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 34.

wielu okazjach²⁸. Przykładem takich sytuacji mogą być chociażby takie wypowiedzi członków rodziny, jak: „*No, a ty to już wyglądasz jak księżyc w pełni*”, bądź też: „*Dlaczego nie chcesz schudnąć? Chcesz tak wyglądać? Mama się martwi. Żadnego chłopca nie będziesz miała*”. W analizowanym kontekście nie sposób pominąć jednych z najnowszych badań²⁹ dotyczących stopnia słownego krzywdzenia osób z nadmierną masą ciała przez rodzinę i partnerów życiowych (określonych jako *significant others*) w okresie wczesnej dorosłości (18–25 lat), jak również wspomnień osób badanych dotyczących okresu dorastania, które pokazują, że jest to zjawisko o stosunkowo dużym zasięgu. Biorąc pod uwagę okres dorastania³⁰, w przypadku kobiet, negatywne doświadczenia związane z krytykowaniem z powodu nadmiernej masy ciała, którego źródłem była rodzina, opisywało 30,1% respondentek, natomiast wyśmiewanie przez rówieśników było udziałem 30,0% uczestniczek badania. Tego typu doświadczenia były mniej powszechne wśród mężczyzn, gdzie uzyskane wskaźniki wyniosły odpowiednio: 14,8% i 24,6%. Natomiast w kontekście okresu wczesnej dorosłości dane dotyczące krzywdzących komentarzy, których źródło stanowiła rodzina, pokazują, iż ponad 1/3 kobiet (35,9%) i prawie 1/4 (22,8%) mężczyzn doświadczała ich nadal. Dodatkowo, autorzy przytaczanych badań pytali osoby będące w okresie wczesnej dorosłości o aktualne doświadczenia słownego krzywdzenia ze strony życiowych partnerów (*significant others*). Wśród kobiet i mężczyzn będących w związkach partnerskich 21,2% kobiet i 23,8% mężczyzn przyznawało, iż jest ze strony swoich partnerów obiektem przykrych komentarzy związanych z masą ciała. Sięgając ponownie do doświadczeń polskich otyłych, warto przytoczyć chociażby następujące wypowiedzi:

Powiem szczerze — otóż jakaś kolosalnie gruba nie jestem i nie byłam — moim rekordem, do jakiego doszłam, była waga 62 kilo przy 162 cm. Jednak rodzina (szczególnie mama) dała mi odczuć — usłyszałam nawet zdanie: Schudnij, bo nie chcę mieć takiej grubej córki! Dlatego doskonale wiem, jak to jest wstydzić się swojego ciała. Nawet z ust najbliższych osób czuć wymierzane policzki.

²⁸ North American Association for the Study of Obesity...

²⁹ M.E. EISENBERG, J.M. BERGE, J.A. FULKERSON, D. NEUMARK-SZTAINER: *Weight comments by family and significant others in young adulthood*. “Body Image. An International Journal of Research” 2011, no 8, s. 12–19. Dostępne w Internecie: www.elsevier.com/locate/bodyimage [data dostępu: 03.06.2011].

³⁰ W okresie dorastania drugą, oprócz rodziny, grupą, o której postawy pytali badawcy, byli rówieśnicy.

Jak byłam małą, to chciałam schudnąć przez uwagę pana na ulicy: „Ale klops!”, albo cioci, przy stole na imieninach: „Ale się nam dziewczę utuczyło, ale klopsik, a taka ładna buzia”.

Okazuje się zatem, że również w Polsce najbliższa rodzina może być źródłem przykrych doświadczeń związanych z nadmierną masą ciała. Można przypuszczać, że jednym z powodów słownego krzywdzenia osób z nadwagą i otyłością jest niska świadomość rodziców, dziadków i innych dorosłych krewnych, którzy nie zdają sobie sprawy, jakie odczucia mogą wywołać ich słowa.

Od czasu do czasu, nawet moja rodzina niby żartem mówi: „No Marta, już niedługo to się w drzwi nie zmieścisz”. Jakoś mnie to nie śmieszy. Jest mi wtedy bardzo przykro.

W domu też nie było lepiej, cała rodzina robiła mi kąśliwe uwagi, a nikomu nie wpadło do głowy, że nie miałam wpływu na swoją wagę.

Oczywiście, nie należy generalizować, twierdząc, iż wszystkie osoby borykające się z problemem nadmiernej masy ciała narażone są na negatywne postawy najbliższego otoczenia, jakim jest środowisko rodzinne. W opinii wielu respondentów rodzina wcale nie była źródłem przykrych uwag, komentarzy czy niewłaściwych postaw. Wręcz przeciwnie, osoby te czuły się kochane i akceptowane niezależnie od kilogramów, gdyż, jak stwierdziła jedna z nich: „*szczęście rodzinne nie zależy od tego, ile się waży, ale od tego, jakim się jest człowiekiem i z jakimi osobami ma się do czynienia na co dzień*”. Ponadto, niezwykle ważne i często podkreślane przez respondentów było poczucie wsparcia rodziny, tak potrzebne np. podczas próby redukcji masy ciała.

Jak zatem wygląda funkcjonowanie jednostki w środowisku rodzinnym? Wydaje się, że różnorodnie i trudno wyciągnąć jeden ogólny wniosek. Z pewnością podobnie jak ludzie różnią się między sobą, tak i każda rodzina działa według własnych schematów, przyzwyczajęń — każda jest inna. Można jednak stwierdzić, że w kontekście otyłości są rodziny, które akceptują swoich członków niezależnie od ich subiektywnych bądź obiektywnych mankamentów czy wyróżniających atrybutów. Niestety, są i takie, które swoją negatywną postawą i stereotypowymi zachowaniami nie zaspokajają wielu ważnych dla człowieka i jego rozwoju potrzeb. Ma to szczególne znaczenie, jeśli odbiorcami nieprawidłowych postaw są dzieci i młodzież, którzy niejednokrotnie do wieku dorosłego nie są w stanie pozbyć się bolesnych wspomnień związanych z doświadczaniem nadmiernej masy ciała.

Niezwykle ważnym etapem w życiu każdego człowieka są lata **nauki szkolnej**. Szkoła jest ważnym środowiskiem psychospołecznym, w którym

upływa znaczna część życia dorastających dzieci. Chociaż wydaje się, że czas spędzany w szkole poświęcany jest głównie nauce, nie można zapominać o wielu innych formach oddziaływania, jak kontakty społeczne, zasady postępowania czy normy współżycia zbiorowego, do których młody człowiek musi się dostosować³¹. „Systematyczne nauczanie i uczenie się, udział w życiu szkoły, intensywny i bezpośredni kontakt z otoczeniem stanowią bez wątpienia silne bodźce rozwojowe. Bodźce te powodują szybkie przeobrażenia w każdej ze sfer świadomości i osobowości dziecka: umysłowej, społecznej i emocjonalnej”³². Doświadczenia szkolne ucznia, będące podstawą kształtowania się osobowości, obejmują nie tylko kontakty z nauczycielami, lecz także z rówieśnikami. Ze względu na dużą częstotliwość interakcji oraz przypisywane im znaczenie (kwestia akceptacji kolegów oraz pozycji w grupie jest dla większości uczniów bardzo ważna) mają one nawet donioślejsze konsekwencje wychowawcze niż relacje z osobami dorosłymi³³.

Nieodłączną częścią szkoły jako środowiska wychowawczego dziecka jest klasa szkolna, która z chwilą podjęcia obowiązku szkolnego staje się „powszechnym, niejako uniwersalnym terenem doświadczania różnorodnych transakcji interpersonalnych”³⁴. Stanowi ona zespół złożony z uczniów wzajemnie na siebie oddziałujących, zajmujących różne pozycje, mających wspólny system wartości i norm regulujących ich zachowanie. To, czy dziecko czuje się w klasie dobrze, czy źle, w znacznej mierze zależy od pozycji, jaką w niej zajmuje, od tego, czy przestrzega jej norm oraz czy jest dla klasy jako zespołu kimś ważnym³⁵. Na pozycję dziecka ma wpływ wiele czynników, w tym: możliwości wywierania lub niewywierania wpływu na innych uczniów, sympatia lub antypatia kolegów, dobre lub złe stopnie, atrakcyjny bądź nieatrakcyjny wygląd zewnętrzny. Dziecko czuje się w klasie dobrze, jeśli pełni w niej ważne i ciekawe funkcje, spotyka się z akceptacją i zrozumieniem ze strony nauczycieli oraz cieszy się uznaniem swoich kolegów³⁶. Jednocześnie, jak zauważa Z. Dołęga, „we współczesnym polskim systemie edukacji można również dostrzec wiele niepokojących

³¹ K. GRZESIAK, B. ZINKIEWICZ: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?* Kraków, MEN, 2011, s. 91.

³² Ibidem, s. 84.

³³ W. KOZŁOWSKI: *System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Red. J.C. CZABAŁA. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000, s. 53.

³⁴ Z. DOŁĘGA: *Poczucie samotności wśród uczniów w kontekście spójności klasy szkolnej*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. JOHN-BORYS, Z. DOŁĘGA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2006, s. 70.

³⁵ A. JANOWSKI: *Pedagogika praktyczna. Zarys problematyki — zdrowy rozsądek — wyniki badań*. Warszawa, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, 2007.

³⁶ K. GRZESIAK, B. ZINKIEWICZ: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?...*, s. 85.

zjawisk i tendencji”³⁷. Badania pokazują, iż szczególnie niepokojące są: tendencja do swoistej kategoryzacji i stratyfikacji uczniów ze względu np. na zasobność materialną rodziców, snobizm określania ważności i wartości ludzi ze względu na stopień dostępu do technologicznych gadżetów, modne/niemodne ubieranie się „właściwe”/„niewłaściwe” miejsce zamieszkania. Z punktu widzenia całości systemu oświaty kategoryzacja taka prowadzi do ekskluzywności systemowej, polegającej na szczególnej selekcji uczniów w szkołach. Warto zauważyć, że działania stratyfikacyjne obecne w systemie szkolnym, zmierzające do obniżenia jego spójności, mogą stać się źródłem problemów intrapsychicznych samych uczniów. Problemy te natomiast mogą wywoływać poczucie niesatysfakcjonującego przebiegu relacji między rówieśnikami, wrogość interpersonalną i wzajemną agresję, lęk społeczny, subiektywnie odczuwaną izolację, marginalizację i odrzucenie, przekonanie uczniów o braku możliwości rozwoju swoich cech i zainteresowań, poczucie beznadziejności, wreszcie depresję³⁸. Podsumowując, szkoła może być areną zarówno przyjemnych doświadczeń, jak i tych niepożądanych³⁹, szczególnie w sytuacji, gdy klasa odrzuca i izoluje nieakceptowanych przez ogół uczniów⁴⁰. Niestety, grupą dzieci odrzuconych są często uczniowie z nadmierną masą ciała, szkoły natomiast są siedliskami, gdzie negatywne postawy i zachowania w stosunku do rówieśników z nadwagą i otyłością są bardzo powszechne⁴¹. Wiele dostępnych w analizowanym zakresie badań potwierdza negatywny sposób postrzegania i traktowania osób z nadmierną masą ciała, przejawiający się już wśród dzieci w wieku przedszkolnym.

Już jak poszłam do zerówki, miałam problemy z tuszą. Tak jak inne grube dzieci byłam obrażana, wyszydzana, przezywana... nie mogę jednak powiedzieć, że nie lubiłam szkoły. Nie mogę też powiedzieć, że nie miałam przyjaciół. Zawsze ktoś przy mnie był.

Badania amerykańskie pokazują, że zanim dzieci osiągną wiek szkolny, stają się „uczulone” na otyłość i kojarzą ją z wieloma negatywnymi cechami, jak lenistwo i niechlujstwo⁴². Przedszkolacy wierzą np., że ich rówieśnicy

³⁷ Z. DOŁĘGA: *Poczucie samotności wśród uczniów w kontekście spójności klasy szkolnej...*, s. 71–72.

³⁸ Ibidem, s. 72–73.

³⁹ K. GRZESIAK, B. ZINKIEWICZ: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?...*, s. 91.

⁴⁰ Ibidem, s. 85.

⁴¹ A. DATAR, R. STRUM: *Childhood overweight and elementary school outcomes*. “International Journal of Obesity” 2006, no 30, s. 1449–1460.

⁴² W. DIETZ: *Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. “Pediatrics” 1998, no 101, s. 518–525. Podano za: I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży. Pakiet edukacyjny zgodny z koncepcją i metodami pracy szkoły promującej zdrowie*. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2011, s. 200.

z nadwagą są złośliwi, więc stanowią mniej pożądanых towarzyszy zabaw w porównaniu z dziećmi z wagą w normie. Charakteryzując otyłych rówieśników, dzieci często używają takich przymiotników, jak: głupi, brzydki, nieszczęśliwy, leniwy, niemający przyjaciół. Uczniowie szkół podstawowych podobnie wierzą, że otyłe dzieci są: brzydkie, samolubne, leniwe, głupie, nieszczerze, wyizolowane społecznie. Dla porównania, dzieci z wagą w normie najczęściej są charakteryzowane jako: mądre, zdrowe, atrakcyjne, miłe, szczęśliwe, popularne oraz jako pożądani towarzysze zabaw⁴³. Ponadto, w ramach jednego z badań pokazano dzieciom 5- i 6-letnim serię rysunków przedstawiających: dziecko otyłe, z prawidłową masą ciała oraz 3 obrazki dzieci z różnymi niepełnosprawnościami. Przedszkolaki oceniały ilustracje, odpowiadając na pytanie, które dziecko najbardziej im się podoba. W rezultacie uzyskano kolejność, według której dziecko z prawidłową masą ciała znalazło się na samej górze (podało się najbardziej), a otyłe na dole „rankingu” (dla oceniających było najmniej atrakcyjne)⁴⁴. Dodatkowo, wyniki przeprowadzonych w USA eksploracji wskazują, że dzieci w wieku 10–11 lat w zakresie doboru przyjaciół wykazują oznaki dyskryminacji wobec otyłych rówieśników. Kiedy w czasie jednego z badań poproszono chłopców o przypisanie 39 określeń do jednej z 3 sylwetek: chudej, umięśnionej oraz otyłej, otyły kształt był najrzadziej opisywany jako „najlepszy przyjaciel”, a najczęściej jako „dokuczają mu”⁴⁵. W Wielkiej Brytanii natomiast badania dzieci 9-letnich potwierdziły, że kojarzyły one obraz sylwetki z nadwagą ze złym funkcjonowaniem społecznym, niskimi osiągnięciami szkolnymi oraz negatywnie postrzeganym zdrowiem i sprawnością fizyczną⁴⁶.

WF to był koszmar. Nikt nie chciał być ze mną w grupie w czasie zawodów, bo skazywało to na przegraną, po lekcjach na podwórku nikt nie chciał ze mną skakać w gumę, jedynie dopuszczano mnie do gry w piłkę nożną — w roli bramkarza. Dodam, że wtedy grubych dzieci było znacznie mniej niż teraz. Już wtedy, mniej więcej od ósmego roku życia, jedynym moim marzeniem było być szczupłą.

Analizując pozycję społeczną uczniów z nadwagą, należy podkreślić, iż muszą oni stawić czoła różnego rodzaju prześladowaniom pochodzącym z wielu źródeł — często nie tylko od rówieśników z tej samej klasy lub szko-

⁴³ P. CRAMER, T. STEINWERT: *Thin is good, fat is bad: How early does it begin?* “Journal of Applied Developmental Psychology” 1998, no 19, s. 429–451.

⁴⁴ I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży...*, s. 201.

⁴⁵ Ibidem, s. 200.

⁴⁶ A.J. HILL, E.K. SILVER: *Fat, friendless and unhealthy: 9 year-old children's perception of body shape stereotypes*. “International Journal of Obesity” 1995, no 19, s. 423–430. Podano za: I. YOUNG: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży...*, s. 201.

ty, lecz także od nauczycieli⁴⁷. Ponadto, badania pokazują, że wzrost wagi ciała dzieci ma wpływ zarówno na wyniki w szkole, jak i na występowanie pewnych problemów szkolnych. Stwierdzono bowiem, że dziewczynki, które nie miały nadwagi w przedszkolu, ale miały nadwagę w trzeciej klasie szkoły podstawowej, były gorzej oceniane przez nauczycieli pod względem społecznych kompetencji i zachowania w szkole oraz podejścia do nauki. Dodatkowo, miały one słabsze wyniki w czytaniu i matematyce w porównaniu z dziewczynkami, które były szczupłe. Chłopcy, którzy stali się otyli, częściej opuszczali zajęcia szkolne, choć mieli mniej objawów zaburzenia zachowania, charakteryzującego się naruszeniem podstawowych praw innych osób i przyjętych norm moralnych. Według doniesień z badań zagranicznych autorów, na podstawie przeprowadzonych przez nich wywiadów z dziećmi z nadwagą okazało się, że najpopularniejszymi formami uprzedzeń były: dokuczanie, żartowanie z danej osoby, uwłaczające godności nazywanie. Wielu badanych przyznaje, iż było obiektem uprzedzeń zarówno w szkole podstawowej, jak i średniej, oraz że do tej pory nie nauczyło się radzenia sobie z tymi stygmatyzującymi zachowaniami⁴⁸.

W gimnazjum dokuczanie się znacznie nasiliło. Ciągłe słyszałam odzywki: Jaka ona gruba, Co za pasztet! [...]. I ten potworny śmiech. Ciągłe go słyszę, nawet teraz.

Przyszedeł czas na szkołę podstawową i zaczął się horror: wyzwińska, wyśmiewanie, odseparowanie od reszty klasy i to tylko dlatego, iż ich zdaniem nie zasługiwałam na szacunek należny człowiekowi, bo nie byłam przecież człowiekiem, byłam tłustym potworem, świnią, wielorybem, tłuszczochem, grubasem itp. Jak ognia unikałam w-fu — poniżające ćwiczenia, śmiech reszty klasy, pot i łzy.

Warto także zaznaczyć, że — jak pokazują badania — wśród dzieci z nadwagą ok. 1/3 dziewcząt i 1/4 chłopców była prześladowana przez rówieśników w szkole. Natomiast, wśród tych z najwyższym poziomem otyłości dane rosną do ok. 60% dziewcząt i chłopców, którzy potwierdzają, iż byli ofiarami rówieśniczych represji⁴⁹.

Nie mogłam spokojnie wrócić wieczorem do domu, bo rzucali we mnie kamieniami, twardymi grudkami ziemi albo butelkami po piwie, które ciągle chlali. Albo darli się w moim kierunku, już jak byłam

⁴⁷ North American Association for the Study of Obesity...

⁴⁸ P. CRAMER, T. STEINWERT: *Thin is good, fat is bad...*, s. 429—451.

⁴⁹ North American Association for the Study of Obesity...

50 m od bloku — „jaki kaszalot” albo „smoki dziś nisko latają”. Pod koniec liceum miałam takiego doła, że bezustannie myślałam, jaka śmierć by mi najbardziej odpowiadała.

Szkolne lata wspominam lepiej i gorzej, chociaż raczej gorzej. Największa w klasie biłam chłopców, bo obśmiewali moje kształty — grubas, wieloryb, świnia, maciora. Jak ja ich nienawidziłam.

W ostatnim czasie, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, dyskryminacja i psychiczne krzywdzenie otyłych osób, w tym dzieci i młodzieży, są coraz częściej postrzegane przez specjalistów i badaczy w kategoriach ogromnego, wymagającego szybkich uregulowań prawnych, problemu. Z jednej strony wydaje się, że rozmiary stygmatyzacji i uprzedzeń z powodu otyłości (*weight bias*) wynikają ze stopnia rozpowszechnienia osób z nadmierną masą ciała w społeczeństwie amerykańskim. Z drugiej jednak strony, jeśli jest to zjawisko o tak dużym zasięgu, to społeczeństwo nie powinno stosować odnotowywanych przez badaczy i obserwatorów form represji i społecznej deprecjacji. Tymczasem, jak wskazują autorzy raportu⁵⁰ z Yale University, uprzedzenia ze względu na masę ciała w obszarze edukacji odnoszą się zarówno do zachowań i postaw rówieśników, jak i nauczycieli oraz instytucji edukacyjnych. W raporcie wskazano, że:

- blisko 1/3 dziewcząt i 1/4 chłopców z nadmierną masą ciała była dręczona przez rówieśników w szkole; wśród dzieci o najwyższej masie ciała dokuczania ze strony rówieśników doświadczało troje na pięcioro dzieci;
- rówieśnicy postrzegają otyłych kolegów jako niepożądanych partnerów zabaw, którzy są leniwi, głupi, brzydki, złośliwi i nieszczęśliwi;
- negatywne postawy wobec otyłych dzieci pojawiają się już w przedszkolu i mogą nasilać się wraz z wiekiem.

Jako konsekwencje negatywnych doświadczeń społecznych związanych z nadmierną masą ciała autorzy przytaczanego raportu formułują następujące wnioski z badań⁵¹:

- otyłe dzieci w wieku wczesnoszkolnym są częściej nieobecne w szkole aniżeli nieotyli rówieśnicy;
- zaobserwowano mniejsze prawdopodobieństwo podjęcia nauki na studiach przez otyłe nastolatki w porównaniu z ich koleżankami z wagą w normie;

⁵⁰ R.R. FRIEDMAN: *Weight bias: the need for public policy*, s. 6. Dostępne w Internecie: <http://www.obesityaction.org/aboutobesity/obesitystigma/WeightBiasPolicyRuddReport.pdf> [data dostępu: 10.02.2012].

⁵¹ Ibidem.

- uczniów, którzy byli otyli w wieku 16 lat, charakteryzował niższy poziom wykształcenia w porównaniu z nieotyłymi rówieśnikami;
- młodzi ludzie, którzy doświadczyli represjonowania z powodu masy ciała, są bardziej podatni na depresję, charakteryzuje ich wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia niskiego poczucia własnej wartości, negatywnego obrazu własnego ciała oraz myśli samobójczych;
- doświadczanie rówieśniczego dręczenia z powodu masy ciała zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania przez młodzież niezdrowych zachowań żywieniowych oraz unikania aktywności fizycznej.

Wiele z prezentowanych dotychczas doniesień dotyczy badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, których mnogość wynika zapewne ze szczególnie nasilonej i powszechnej niechęci do otyłych osób. Jednakże, jak pokazują wyniki badań przeprowadzonych w polskich szkołach⁵² czy chociażby własne poszukiwania i próby odpowiedzi na pytanie, jaka jest sytuacja otyłego dziecka i nastolatka w grupie rówieśniczej⁵³, problemy, z jakimi borykają się amerykańskie otyłe dzieci i nastolatki, nie są obce również polskim uczniom. Na przykład, zgodnie z wynikami badań Zakładu Medycyny Szkolnej z 2005 roku, z docinkami ze strony rówieśników, uwagami i przewiskami związanymi z nadwagą spotykało się 66% badanych otyłych nastolatków, ze strony rodzeństwa — 55% (częściej dziewczęta), rodziców — 32%, a nauczycieli — 18%⁵⁴. Również analiza wypowiedzi na forach i blogach internetowych osób, które doświadczyły krzywdzącego zachowania ze strony rówieśników, potwierdza, że jest to niebagatelny problem otyłych dzieci i młodzieży.

Jestem gruba. Od zawsze. Odkąd tylko pamiętam. Te pierwsze wspomnienia to ciągłe pretensje mojej mamy, że tylko jem i jem, jej karcący wzrok i słowa: „co? jeść? nie dostaniesz!”. To także mój tato, który dawał mi kanapki po kryjomu, pod kołdrę. To ubrania, które wiecznie były za ciasne. To przewiska, wstyd, upokorzenia ze strony innych dzieci. A potem było ważenie w pierwszej klasie podstawówki. 62,5 kilo. Szok dla wszystkich, powtarzane szeptem za moimi plecami: „62,5! Boże!”. Potem moja mama poprosiła higienistkę, żeby następ-

⁵² Przykładowo, badania Zakładu Medycyny Szkolnej. Por. I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości. W: Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*. Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 2006, s. 32—33.

⁵³ Odpowiedzi tych dostarczyły głównie wspomnienia i opisy aktualnych doświadczeń związanych z nadmierną masą ciała, publikowane na blogach i forach internetowych.

⁵⁴ Wyniki badań przytoczono za: I. TABAK: *Psychospołeczne skutki otyłości...*, s. 33.

nym razem nie mówiła głośno, ile ważę... Moja grubość powodowała, że z początkowo pewnej siebie, wesolej stawiałam się cichą, zakompleksioną, chowającą się po kątach i czerwoną ze wstydu dziewczynką. Jeśli ktoś chciał mi zrobić przykrość, odegrać się na mnie czy pokonać mnie w dyskusji czy sporze, mówił po prostu: ty grubasie!...

Jak przez mgłę pamiętam wczesne dzieciństwo i komentarze (jeszcze niezłośliwe, grube dziecko = zdrowe dziecko), jak dobrze wyglądam. Podstawówka: od drugiej klasy szkoły podstawowej ciągle docinki i przezwiska, zwłaszcza na wuefie, bo na innych przedmiotach byłam po prostu potrzebna. Jak każdy grubasek nadrabiałam w innych dziedzinach.

A skoro szkoła, więc także i badania u higienistki, co z kolei łączyło się z tym upokarzającym: masz nadwagę, trzeba ćwiczyć, wziąć się za siebie. W nowym miejscu chyba pierwszy raz spotkałam się tak naprawdę z brakiem akceptacji... biegi na wf-ie: patrz, jak biegnie ta gruba. Nieważne, czy mam imię, czy nie. Jestem „ta gruba”. Klasa podobno mnie lubiła: tak twierdzili rodzice, nauczyciele. Skoro tak, to dlaczego nigdy mnie nie zapraszali na urodziny, choć zapraszali pół klasy... może to bezpodstawny żal, ale czułam się nieakceptowana. Czułam się zwyczajnie źle. Zaczęłam tyć, choć sama nie wiem, kiedy aż tak strasznie to poszło. Gimnazjum. Ten sam budynek, co podstawówka, ci sami ludzie. Na ulicy słyszę moje ukochane: „gruba beka pełna mleka”, albo coś w stylu: „patrz, wieloryb!”.

Po każdym dniu szkoły płakałam w domu w poduszkę, zastanawiając się, dlaczego muszę tak cierpieć, przecież nikomu nie zawiniłam, ale odpowiedź była prosta: grubas = zero szacunku. Nikogo nie obchodziły uczucia „tej tłustej świni, która tylko żre i się uczy”. Lata gimnazjum podobnie — jesteś grubas, zero szacunku, nikt się nie chce z tobą kolegować, bo grubasy to potwory.

W obliczu stygmatyzujących zachowań, z jakimi niejednokrotnie muszą się zmierzyć uczniowie z nadmierną masą ciała, traktowanie analizowanego zjawiska jako jednej z form rówieśniczej przemocy⁵⁵ nie wydaje się

⁵⁵ Nękanie, znęcanie się, dręczenie, prześladowanie, szykanowanie, tyranizowanie, napastowanie — to terminy powszechnie stosowane przy opisywaniu zjawisk związanych z byciem sprawcą i ofiarą przemocy. W języku angielskim najczęściej używa się słów: *to bully*, *bullying* oraz *mobbing*, na określenie powtarzających się aktów agresji ze strony jednego lub więcej uczniów wobec ich kolegów. Najbardziej trafnym polskim odpowiednikiem pojęć „*bullying*” i „*mobbing*” jest termin „osaczanie”. J. SURZYKIEWICZ:

nadgorliwością. Według badań K. Ostrowskiej, „uczniowie narażeni na »bycie ofiarą« przemocy ze strony kolegów charakteryzowani są m.in. jako: nieśmiali, niekoleżeńscy, izolujący się, bardzo dobrze uczący się” i — co istotne w niniejszych rozważaniach — „niezgrabni fizycznie i niedbający o swój wygląd (co w obiegu opinii często bywa utożsamiane z zaniebdywaniem i brakiem troski o prawidłową masę ciała)”⁵⁶. Ponadto, autorka wysuwa wniosek, że „często wystarczy sama odmienność, wyrażająca się w sposobie zachowania, wyglądzie, przekonaniach, aby stać się ofiarą koleżeńskej przemocy”⁵⁷. Wydaje się, iż to właśnie odmienny wygląd jest przyczyną szykanowania i napastowania otyłych dzieci i nastolatków. Z analizy licznych badań można wyciągnąć wniosek, że uczniowie z nadmierną masą ciała doznają głównie krzywdzenia emocjonalnego, polegającego na upokarzaniu, natomiast przemocy doświadczają zarówno bezpośrednio (np. wyśmiewanie i przezywanie czy zawstydzanie), jak i pośrednio (np. izolowanie i wykluczanie z grupy)⁵⁸. Niestety, w opinii uczniów przejawy agresji werbalnej, takie jak: posługiwanie się wulgarnym słownictwem, poniżanie i ośmieszanie (a więc to, czego niezwykle często doświadczają otyłe dzieci i młodzież), nie są traktowane jako przemoc, co może świadczyć o obniżaniu się wrażliwości na pewne rodzaje agresji, związane z relacjami interpersonalnymi⁵⁹. W tym kontekście znaczącą rolę odgrywają nauczyciele i wychowawcy, którzy przede wszystkim powinni reagować na przejawy nietolerancji i stygmatyzacji uczniów z nadmierną masą ciała (i wszystkich tych podopiecznych, którzy są obiektem rówieśniczej przemocy, również tej werbalnej!). Niestety, badania pokazują, że w przypadku uczniów z nadwagą i otyłością nauczyciele i wychowawcy mogą stanowić kolejne źródło negatywnych doświadczeń szkolnych...

Zgodnie z literaturą przedmiotu, stosunki w relacjach nauczyciel — uczeń mogą przybrać charakter:

— bezkonfliktowy, wiążący się z ogólnym pozytywnym nastawieniem ucznia do szkoły;

Agresja i przemoc w szkole. Warszawa, CMPPP, 2000, s. 27—28. Podano za: K. GĄSIOR: *Wychowawca wobec zagrożeń związanych z przemocą rówieśniczą — rozpoznawanie i zapobieganie*. W: *Agresja dzieci i młodzieży. Uwarunkowania indywidualne, rodzinne i szkolne*. Red. I. PUFAL-STRUZIK. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP Sp. z o.o., 2007, s. 70.

⁵⁶ K. OSTROWSKA: *Przemoc w szkole: rozmiary, przejawy, uwarunkowania osobowościowe*. W: *Przemoc w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych*. Red. I. POSPISZYL. Warszawa, Katedra Psychopedagogiki Resocjalizacyjnej WSPS, Instytut Badań Edukacyjnych, 1997.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ K. GĄSIOR: *Wychowawca wobec zagrożeń związanych z przemocą rówieśniczą...*, s. 72—73.

⁵⁹ K. OSTROWSKA: *Przemoc w szkole: rozmiary, przejawy, uwarunkowania osobowościowe...*

- ambiwalentny, związany np. z konfliktem z wybranym nauczycielem i krytyczną oceną szkoły;
- konfliktowy, z wyraźnie niechętnym (lub nawet wrogim) stosunkiem do szkoły, wynikającym z licznych konfliktów z nauczycielami.

Niewątpliwie, najbardziej niekorzystny, zarówno z punktu widzenia ucznia, jak i nauczyciela, jest klimat konfliktowy. Jako przyczyny jego powstawania uczniowie wymieniają najczęściej niektóre cechy osobowości i zachowania nauczycieli, jak np.: brak wyrozumiałości i tolerancji, oschły stosunek do młodzieży, surowość i niesprawiedliwość w ocenie itp.⁶⁰. Przypuszczalnie, podobne cechy przypisałyby swoim nauczycielom osoby, które doświadczyły upokarzających komentarzy odnoszących się do ich masy ciała. Jako przykład przytoczono wspomnienia z lat szkolnych osób z nadwagą, dotyczące przykrych dla nich sytuacji spowodowanych przez nauczycieli:

[...] pamiętam, był tekst mojego nauczyciela w liceum: Ty wielka, może ty odpowiesz na pytanie?;

Z ciebie zrobiło się jakieś monstrum!;

Na lekcji matematyki pani poprosiła, abym podeszłam do tablicy i wykonała zadanie. Jestem niska, więc musiałam podnieść rękę, pamiętam do dzisiaj, co wtedy usłyszałam: Jola popraw bluzkę, bo brzuch ci wypada;

Moja polonistka i wychowawczyni z podstawówki powiedziała któregoś razu: musiałabyś trochę schudnąć, Kasiu;

[...] no i szurnięta polonistka: „Beata, przesiądź się, bo nie widzę klasy”.

W odniesieniu do rozważań dotyczących relacji uczeń z nadwagą — nauczyciel warto również przytoczyć wnioski autorów cytowanego już wcześniej raportu *Weight bias: the need for public policy*⁶¹:

- nauczyciele oceniają uczniów z nadmierną masą ciała jako niechlujnych, nadwrażliwych, odnoszących mniejsze sukcesy i mających najczęściej problemy rodzinne;
- 43% nauczycieli zgodziło się ze stwierdzeniem mówiącym o tym, że „większość ludzi czuje się niekomfortowo w sytuacji współpracy z otyłymi osobami”;

⁶⁰ K. GRZESIAK, B. ZINKIEWICZ: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?...*, s. 91—92.

⁶¹ R.R. FRIEDMAN: *Weight bias: the need for public policy...*, s. 6.

— nauczyciele mają mniejsze oczekiwania w stosunku do uczniów z nadmierną masą ciała (w porównaniu ze szczupłymi uczniami) w kontekście ich zdolności i umiejętności.

Niezwykle istotne jest to, że sposób traktowania dziecka przez nauczyciela może mieć wpływ na budowanie poczucia własnej wartości i przekonania o własnych możliwościach, a przecież zły czy dobry wizerunek ucznia, szczególnie stworzony w klasach młodszych, często funkcjonuje przez kolejne lata pobytu dziecka w szkole⁶².

Pragnąc uniknąć posądzenia o tendencyjność czy też przedstawiania tylko „jednej (tej gorszej) strony medalu”, należy również stwierdzić i pokazać, iż osoby badane mają także pozytywne doświadczenia i ciepłe wspomnienia z lat szkolnych. Innymi słowy, nadmiar masy ciała wcale nie musi być wyznacznikiem złych relacji osób otyłych w środowisku szkolnym. Bez wątpienia, składa się na to kilka elementów, jak chociażby: dojrzałość i wrażliwość rówieśników, cechy osobowe i charakterologiczne osoby z nadmiarem masy ciała, a przede wszystkim czujność i wrażliwość nauczycieli oraz przeciwdziałanie wszelkim przejawom nietolerancji wobec uczniów, którzy w jakimś stopniu różnią się od większości. Przykład pozytywnych doświadczeń z lat szkolnych osób z nadmierną masą ciała mogą stanowić cytowane wypowiedzi:

Co prawda byłam grubsza od moich kolegów z klasy, ale im to nie przeszkadzało i mi też nie. No może troszkę.

We wrześniu rozpoczęłam naukę w liceum. Bałam się, że nie zostanę zaakceptowana, że będę odrzutkiem. Ale tak się nie stało. Dziś nie ma przerwy, na której jestem sama, zawsze z kimś. Mam swoją paczkę, przyjaciółkę, której mogę się wyżyć i żadnych problemów z facetami.

[...] chodziłam do różnych szkół i zawsze byłam gruba, ale zawsze też byli ludzie mi przychylni...

W obliczu przytoczonych rozważań i przykładów pojawia się pytanie: jak dzisiaj radzą sobie w polskiej szkole otyłe dzieci? Czy ich sytuacja różni się od tej, jaką przedstawia wiele osób, które edukację już ukończyło? Czy w dobie reformy oświaty, ciągłego podnoszenia kwalifikacji przez nauczycieli, dzieci i młodzież są odpowiednio chronione przed wszelkimi przejawami

⁶² A. CZAPIGA: *Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*. Toruń, Adam Marszałek, 2004.

dyskryminacji i uprzedzeń ze względu na wyróżniające je cechy, takie jak chociażby nadmierna masa ciała...?

W życiu niemalże każdego człowieka koniecznością, dobrem i istotnym obszarem egzystencji jest **praca zawodowa**. Zajmuje ona więcej czasu w życiu większości ludzi niż jakikolwiek inny rodzaj działalności. Pojęcie pracy często kojarzy się z trudem — z zajęciem, które najchętniej ograniczylibyśmy do minimum, a jeśli byłoby to możliwe, w ogóle go nie podejmowali. Tymczasem, w nowoczesnych społeczeństwach zatrudnienie jest niezwykle ważne dla zachowania poczucia własnej wartości. Nawet praca w stosunkowo złych warunkach albo nudna stanowi ważny czynnik konstrukcji psychicznej jednostki i zamyka cykl jej codziennych zajęć. Wśród najważniejszych aspektów pracy zawodowej można wymienić: zabezpieczenie materialne, aktywność życiową, urozmaicenie, strukturę czasu, kontakty społeczne i poczucie własnej tożsamości. Biorąc pod uwagę mnogość ważnych dla człowieka aspektów związanych z pracą zawodową, łatwo wyobrazić sobie, że jej brak może zachwiać wiarą jednostki w jej społeczną wartość⁶³. Niestety, w kontekście analizowanego obszaru życia człowieka sytuacja osób z nadmierną masą ciała wydaje się szczególnie niekorzystna. Zgodnie bowiem z literaturą przedmiotu, otyli niejednokrotnie są postrzegani jako ci o niższych kwalifikacjach, mimo realnie równych kompetencji w porównaniu z osobą szczupłą, w efekcie czego z góry są skazani na przegraną⁶⁴. Tezę tę potwierdzają badania, według których osoby z nadmierną masą ciała mają mniejsze szanse otrzymania pracy aniżeli te z niższą wagą — z powodu funkcjonujących negatywnych stereotypów. Ponadto, otyli pracownicy są oceniani jako mniej punktualni (mimo braku obiektywnych różnic w tym zakresie), mniej entuzjastyczni w stosunku do wykonywanej pracy, mający gorsze maniere oraz mniej warci zaufania. Chociaż uprzedzenia te miały miejsce w odniesieniu do różnych stanowisk pracy, to jednak okazuje się, że aplikanci z nadwagą są szczególnie stygmatyzowani na stanowisku sprzedawcy oraz są postrzegani jako niepasujący do pozycji związanych z interakcją „twarzą w twarz”. Co więcej, jeśli otyła osoba otrzyma pracę, wówczas może się spodziewać wielu stereotypowych reakcji ze strony współpracowników lub pracodawców. Przyjmują oni bowiem często, iż otyli pracownicy są leniwi, brak im samodyscypliny, są mniej kompetentni, niechlujni, nieprzyjaźni, niestabilni emocjonalnie. Takie stereotypowe przekonania mogą być podstawową przyczyną niesprawiedliwego traktowania pracowników z nadwagą w zakresie wynagrodzenia, awansu i wypowiedzenia umowy o pracę. Jak pokazały badania amerykań-

⁶³ A. GIDDENS: *Socjologia...*, s. 396—397.

⁶⁴ M.R. HEBL, J. XU: *Weighting the care: Physicians; reactions to the size of patients*. „International Journal of Obesity” 2001, no 25, s. 1246—1252. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 34.

skie, osoby z nadmierną masą ciała mają także mniejsze szanse awansu w porównaniu z osobami szczuplejszymi, występują również znaczne różnice w zarobkach pomiędzy osobami z nadwagą i wagą w normie⁶⁵. Niestety, dzieje się tak nie tylko w Stanach Zjednoczonych. Przykładowo, w Finlandii wśród kobiet z wyższym wykształceniem kobiety otyłe zarabiały mniej niż kobiety szczupłe⁶⁶. Różnica ta wynosiła aż 5 000 \$ amerykańskich. Istotną dysproporcję w zarobkach stwierdzono także wśród kobiet ze średnim wykształceniem oraz z niższym wykształceniem (ale niewykonujących prac manualnych). Kobiety na różnych stanowiskach pracy (wyższych i niższych) zarabiały więcej, jeśli ich waga była w normie (w porównaniu z kobietami otyłymi). W badaniach tych nie stwierdzono zależności między poziomem dochodów a wagą ciała wśród mężczyzn zajmujących podobne stanowiska czy o podobnym poziomie wykształcenia, co potwierdza tezę o mniej korzystnej sytuacji otyłych kobiet w społeczeństwie w porównaniu z mężczyznami. Wreszcie, wzrasta liczba przypadków, w których otyli pracownicy byli zwalniani lub zawieszani z powodu ich masy ciała. Wypowiedzenie pracy jest zatem często wynikiem uprzedzeń pracodawcy i sztywnych standardów wagowych⁶⁷. Warto zaznaczyć, iż większość przytoczonych danych dotyczy badań na gruncie amerykańskim. Jednakże analiza wypowiedzi, zwłaszcza na forach internetowych, ujawniła, że być może także w Polsce istnieją sytuacje związane z dyskryminacją osób otyłych (głównie kobiet) w środowisku pracy oraz problemy z jej znalezieniem.

Po maturze mój dół osiągnął głębokość co najmniej kanału La Manche. Rok siedziałam w domu, próbując znaleźć pracę. „Z takimi papierami pracodawcy sami będą o was zabiegać!” — ze świętym przekonaniem powtarzała kobieta prowadząca ten cały program autorski (zarządzanie i inne pierdoły). No cóż, jakoś nie zabiegali. Dziwnym trafem na rozmowach kwalifikacyjnych dalej przechodziły tylko debilnie chichoczące chude panienki, praktycznie bez żadnego przygotowania zawodowego. Na mnie patrzono z uniesioną brwią, jakby zastanawiając się: „ależ ona ma czelność, z takim wyglądem chce pracować w naszej cudownej chudej firmie?! no szczyt wszystkiego!” Więc po pół roku dałam sobie spokój.

Właściwie to chciałam napisać, że jestem fajna, wykształcona, uwielbiam beletrystykę, znam się na muzyce, paru innych rzeczach.

⁶⁵ North American Association for the Study of Obesity...

⁶⁶ A. SARLIO-LAHTENKORVA, K. SILVENTOINEN, E. LAHELMA: *Relative weight and income at different levels of socioeconomic status*. „Journal of Public Health” 2004, no 94, s. 468—472.

⁶⁷ North American Association for the Study of Obesity...

Szukam pracy.. i tu jest pies pogrzebany.. wiecie, o czym chcę powiedzieć? Myślę, że wiecie; szukam już 3 miesiące, w tygodniu jestem na 3, 4 rozmowach kwalifikacyjnych. Jeżeli rozmawiam z babeczką szczupłą, to nawet się nie wysilam, jeżeli z facetem w wieku średnim, to i owszem, na telefon można poczekać... „Pani się tu zamęczy w upały, tutaj potrzebna jest kondycja, zaradność, poza tym klienci nie lubią patrzeć na... zdrowe dziewczę...” — fragment przedwczorajszej rozmowy z potencjalnym pracodawcą (podrzędna knajpa z żarciem). Uśmiełam się nawet po wszystkim... tzn. że co? Że został otoczony troską mój stan zdrowia? Ech...

Okazuje się zatem, że nadmierna masa ciała może być cechą, która zmniejsza szanse osoby poszukującej pracy na jej znalezienie. Chociaż wydaje się, iż w Polsce problem ten nie przybiera tak dużych rozmiarów, jak w Stanach Zjednoczonych, to jednak nie ulega wątpliwości, że tu również nadmierna masa ciała może być cechą ograniczającą możliwości otrzymania satysfakcjonującej posady. A przecież praca jest niezwykle ważnym strukturalnym elementem życia jednostki, stąd też jej utrata bądź problemy z jej otrzymaniem mogą stać się poważnym dramatem osobistym⁶⁸.

Zaskakujący może być fakt, że źródłem przykrych doświadczeń społecznych uwarunkowanych nadmierną masą ciała mogą być także pracownicy **ochrony zdrowia**. Zgodnie z literaturą przedmiotu, „interakcja lekarz — pacjent jest takim społecznym działaniem, w którym zarówno lekarz, jak i pacjent oddziałują na siebie za pośrednictwem komunikowania, wymiany znaczących symboli werbalnych i niewerbalnych, modyfikując swoje zachowania”⁶⁹. Interakcja ta należy do społecznie swoistych sposobów komunikowania się. Swoistość tkwi w tym, że lekarz służy (a przynajmniej powinien służyć) pacjentowi profesjonalną pomocą w realizacji potrzeb medycznych, a przebieg jego kontaktu z pacjentem opiera się na zaufaniu, wzajemnym szacunku i odbywa się w atmosferze bezpieczeństwa oraz zachowania intymności pacjenta⁷⁰. Tymczasem, relacja lekarz (i inni przedstawiciele zawodów medycznych) — pacjent, a szczególnie ten z nadmierną masą ciała, niejednokrotnie nacechowana jest brakiem zrozumienia, poszanowania i profesjonalnego podejścia do problemów chorego. W medycznej literaturze naukowej zamieszcza się artykuły wyrażające pogląd, że przyczyną nadwagi

⁶⁸ A. GIDDENS: *Socjologia...*, s. 440.

⁶⁹ B. TOBIASZ-ADAMCZYK, J. BAJKA, G. MARMON: *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*. Kraków, Collegium Medicum UJ, 1996.

⁷⁰ J. BARAŃSKI: *Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002, s. 162.

jest hiperfagia⁷¹ i żarłoczność, a otyli są wobec siebie zanadto pobłażliwi, stwarzają problemy psychologiczne, jedzą w celu uzyskania kompensacji. Znajomość problemów medycznych nie chroni zatem od uprzedzeń⁷². Ponadto, otyli są zdecydowanie mniej lubianymi pacjentami⁷³ i — jak wynika z niektórych wypowiedzi — traktowani są mało profesjonalnie. W trakcie przeprowadzania badań własnych wiele osób przyznało, iż lekarz pierwszego kontaktu zwykle zwracał uwagę na nadmiar masy ciała i konieczność jej redukcji, jednocześnie nie dając żadnych szczegółowych zaleceń, konkretnych porad czy wsparcia, np.: *„Mój doktor uważa, że wszystkim problemom zdrowotnym winna jest waga. Co prawda mówi, żeby nie jeść słodczy, tłustego, więcej się ruszać, ale nic poza tym. A to, to ja i sama wiem”* lub *„Pani się tak czuje, bo jest pani za gruba! Musi pani schudnąć!”*. Nieporównywalnie bardziej traumatyczne doświadczenia, których źródłem byli pracownicy służby zdrowia, opisują osoby wypowiadające się na forach internetowych:

⁷¹ Charakterystycznym objawem występującym pod wpływem nieregularnego przyjmowania pokarmu jest **hiperfagia**, czyli wzmoczone łaknienie. Po kilkugodzinnym poście szczególnie preferuje się potrawy z dużą zawartością cukru i tłuszczu, czyli dania wysokokaloryczne. Silna aktywacja ośrodka głodu powoduje, że osiągnięcie sytości następuje na poziomie zdecydowanie przekraczającym potrzeby fizjologiczne organizmu. Por. <http://www.apz.pl/poradnia.php?p=pomed&q=nadwiotyl&s=czestotliwoscodywia> [data dostępu: 26.09.2004].

⁷² Przykładem tego mogą być także doniesienia amerykańskiej prasy (G. KOLATA: *W szponach obżarstwa*. „The New York Times” z 31.10.2006 r. Dostępne w Internecie: <http://portalwiedzy.onet.pl/11123,1369179,czasopisma.html> [data dostępu: 02.11.2006]), które pokazują, że obsesja na punkcie otyłości prowadzi wręcz do paradoksów. Otóż, okazało się, że „lista nieszczęść przypisywanych otyłości wydłużyła się jeszcze bardziej, gdyż otyli przyczyniają się do globalnego ocieplenia”. W piśmie „Engineering Economist” doktor S.H. Jacobson z Uniwersytetu Illinois w Champaign-Urbana i jego doktorantka L. McLay wyliczyli, ile dodatkowej benzyny potrzeba do transportowania coraz grubszych Amerykanów (a chodzi tu o niemal 4 mld rocznie). W tym samym duchu utrzymany był list, opublikowany w 2005 r. przez „American Journal of Public Health”. Autorzy, pracujący dla amerykańskich Ośrodków Zapobiegania i Kontroli Chorób, po bieźnie wyliczyli, ile dodatkowego paliwa zużywają linie lotnicze, przewożąc grubszych Amerykanów. Badacze założyli, że jeśli przeciętny Amerykanin przytył w latach 90. prawie 5 kg, to ilość dodatkowego paliwa wynosi ponad 1,3 mld litrów. Oznacza to — według autorów — dodatkowe 3,8 mln ton dwutlenku węgla wyemitowanych do atmosfery. W obliczu przytoczonych doniesień i niezależnie od stopnia ich prawdopodobieństwa, opisany przypadek trafnie skomentowała dr K. Brownell: „Ludzie niemal przetrząsają kraj, szukając rzeczy, które pogorszą wizerunek osób otyłych”. Wydaje się zatem, iż w Stanach Zjednoczonych strach czy wręcz obsesja na punkcie masy ciała, a co za tym idzie — uprzedzenia i dyskryminacja osób otyłych osiągają niewyobrażalne i jednocześnie niepokojące rozmiary.

⁷³ M.R. HEBL, J. XU: *Weighting the care: Physicians; reactions to the size of patients...*

Dobrze pamiętam stwierdzenie opolskiej pani ortopedy „Ordynarna nadwaga!” wykrzyknięte mnie i mamie w twarz.

Przypomina mi się lekarz, do którego poszłam zaraz na początku choroby [...]. Popatrzył na mnie z politowaniem, pokręcił głową i powiedział: „Boże, dziewczyno, jak ty się mogłaś tak utuczyć. Nic dziwnego, że cię boli, twój organizm nie nadąża trawić” [...]. Boli mnie to, że lekarz, który to powiedział, był znajomym rodziców, wujkiem — chirurgiem, ważącym pewnie ok. 110 kg i wielkim jak dąb. Zastanawiam się, jak Pan Doktor sam mógł się tak „utuczyć” i patrzeć na mnie z takim obrzydzeniem.

Aż nadszedł czas komisji wojskowej. Tak, byłem pewny, że będzie to formalność, bo historia moich schorzeń automatycznie kwalifikowała mnie poza obręb poborowych. A jednak był to jeden z najbardziej wstrząsających dni w moim życiu, gdy szanowny lekarz bezpardonowo natrząsał się z mojego ciała w obecności innych obnażonych osób i przypisał mi kategorię D nie z powodu oczywistych schorzeń, lecz nadwagi i rzekomego ryzyka chorób związanych rzekomo z tym faktem.

Lekarz w Klinice Patologii Cięży na obchodzie mówi do studentów, pokazując mnie palcem — pacjentki z taką otyłością są same sobie winne. To z obżarstwa. Prawda? — i tu zwraca się do mnie. Patrę na niego, ciśnienie mi skacze i odpowiadam ze stoickim spokojem — jakby pan poczytał kartę, to by pan wiedział, czy to prawda.

Poszłam do szpitala na jakiś rutynowy zabieg i pielęgniarka, która mnie ważyła, aż krzyknęła do mnie: „Dziecko, jak ty się mogłaś tak spaść”.

Warto także przytoczyć opinię jednego z forumowiczów na temat osób świadczących usługi medyczne, która stanowi syntezę zarówno wypowiedzi respondentów, jak i internautów:

Do nieprzyjemnych rzeczy można też zaliczyć dosyć często wizyty u lekarzy. Nie chcę przez to powiedzieć, że wszyscy są niemili czy źli, ale duża część [...] albo próbuje nas odchudzać na siłę, to jeszcze pół biedy. Najgorsi są jednak lekarze, którzy zamiast nas leczyć, na samym wstępie nas obrażają i poniżają, używając często dość chamskich określeń. Służbie zdrowia brakuje pieniędzy na wszystko, więc jeśli pacjentem jest grubas, najtaniej jest polecić mu, aby jadł mniej

albo w ogóle przestał jeść. Nikogo nie interesują przyczyny jego zaburzeń w odżywianiu. Znow na palcach jednej ręki można wyliczyć ośrodki specjalizujące się w leczeniu uzależnienia od jedzenia. Grupy wsparcia? Terapia grupowa? To nie u nas. Grubas jest gruby dlatego, że za dużo je. A dlaczego za dużo je? Bo jest fajtłapą, który nie potrafi kontrolować swoich zachowań, bo jest żartakiem i leniem. Takie zdanie na temat otyłych ma większość lekarzy w Polsce.

Na zakończenie rozważań dotyczących stosunku lekarzy i innych pracowników opieki medycznej do pacjentów z nadmierną masą ciała warto podkreślić, że „dla lekarza umiejętność komunikowania się z pacjentem ma znaczenie fundamentalne — od jakości komunikowania się bowiem zależy, czy pacjent potrafi w sposób wystarczający poinformować lekarza o objawach chorobowych, czy pacjent zaakceptuje diagnozę, czy podejmie leczenie, czy będzie realizował zalecenia lekarskie i czy w sposób racjonalny będzie korzystał z usług medycznych. Innymi słowy, od jakości komunikowania się lekarza z pacjentem zależy efektywność diagnostyczna i skuteczność lecznicza”⁷⁴, co w przypadku pacjentów z nadmierną masą ciała zapewne ma niebagatelne znaczenie i może decydować o powodzeniu terapii.

Bez wątpienia, osoby z nadmierną masą ciała mogą stać się ofiarami uprzedzeń w wielu dziedzinach codziennego życia⁷⁵. Na przykład — zgodnie z wynikami badań prowadzonych na gruncie amerykańskim — otyli częściej niż szczupli są przedmiotem subtelnej i jawnej dyskryminacji ze strony sprzedawców, włączając w to ich zachowania niewerbalne, brak pozdrawiania i oferowania pomocy, obniżenie częstości nawiązywania kontaktu wzrokowego, brak uśmiechu i wzrost zachowań nieuprzejmych⁷⁶. Wielu respondentów oraz internautów również zwróciło uwagę na problem traktowania osób z nadmierną masą ciała przez obsługę sklepów z ubraniami o przeciętnych rozmiarach.

Przypomina mi się jeden z komentarzy w sklepie: nie, w tym sklepie nic się nie znajdzie na panią do ubrania. Przykro mi.

Kupno ubrań, które nie przypominają worków, są w ładnych kolorach, nie są droższe niż ubrania dla normalnych. No i boskie

⁷⁴ J. BARAŃSKI: *Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem...*, s. 162.

⁷⁵ North American Association for the Study of Obesity...

⁷⁶ E.B. KING, J.R. SHAPIRO, M.R. HEBL, S.L. SINGLETARY, S. TURNER: *The stigma of obesity in customer service: a mechanism for remediation and bottom-line consequences of interpersonal discrimination*. „Journal of Applied Psychology” 2006, no 91, s. 579—593. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 34.

ekspedientki ze słodkim uśmiechem i jak najgłośniejsze oznajmienie światu, że AŻ tak dużych rozmiarów nie mają.

Tak, jestem gruba, zdaję sobie z tego sprawę. Wiem, że wyglądam inaczej. Kupno ubrań, spodni, bluzek innych niż zwyczajne i proste graniczy z cudem. Do szafu doprowadza mnie, jak wchodzę do sklepu i słyszę tekst kobiety (szczupła, młoda, śliczna) z wielkimi wybatuszonymi oczami: „Nie, my takich wiewielkich rozmiarów nie sprzedajemy!”.

[...] na początku mojej, jak sądzę, optymistycznej historii powiedziałam, że nie czuję się gruba, ale niekiedy jestem z tego powodu dyskryminowana, szczególnie w niektórych sklepach, które nie mają rozmiaru 46 albo 48 i gdzie ekspedientki patrzą na mnie jak na debilkę, myśląc „czego ona tu szuka?!”, i w ich mniemaniu delikatnie dają mi o tym znać, krzycząc przez cały sklep, że „takich rozmiarów tu nie ma!!!”.

Dodatkowo, młodsze respondentki zauważyły, iż niektóre sieci sklepów w ogóle nie posiadają asortymentu powyżej rozmiaru 42, ewentualnie 44. Dla wielu osób, głównie kobiet z nadmierną masą ciała, może to stanowić niebagatelny problem i być rzeczywistym źródłem poczucia dyskryminacji (przede wszystkim dla ludzi szczególnie dbających o swój wizerunek).

Czasem czuję się, jakbym była z getta. Nie ma sklepów, w których mogłabym się ubrać. Muszę chodzić do „specjalnych sklepów” — Puszyszt Pani, XXL... itd.

Nie denerwuje mnie moja waga, tylko to, że nie ma na mnie ubrań, bo te 90 kg to jest coś między „normalnymi” rozmiarami a tymi dużymi. I niestety, bardzo ciężko się ubrać.

[...] nienawidzę lata (upału, ściślej rzecz biorąc), mam problem z doborem ubrań (czy rozmiar 46 jest nieosiągalny dla mody???)

W obliczu problemów z zakupem odpowiednich ubrań wiele osób podejmuje własne działania, np. uczy się szyc lub korzysta z tzw. second-handów.

Ciuchy? Całe szczęście, że odkryłam ciucholandy. Ogrom cudownych, kolorowych ubrań w wymyślne wzory. Zostawiam tam sporo pieniędzy, bo to jedno z niewielu miejsc, gdzie można znaleźć rozmiar 52.

Grubas na zakupach to szok. A wyprawa do sklepów z odzieżą to najczęściej gehenna. Polska rozmiarówka jest do niczego: xl nie jest równe xl, a standard to rozmiary 36—42, przy czym ten ostatni nieczęsto leży na półce. Jest go tak mało, że zostaje prawie natychmiast wykupiony. Nie wiem, kiedy nasze firmy będzie wreszcie stać na wykonanie porządných badań rynku. Mieszcząc się w rozmiar 46, w jednym sklepie już nie mieścimy się w rozmiar 50, o ile w ogóle taki na półce znajdziemy. Jeśli już się znajdzie dany rozmiar, to przeważnie krój i wygląd danego ciucha jest fatalny. Przeważają ubiory na 50-letnie, stateczne starsze kobiety — bo takim w ostateczności jeszcze wypada mieć nadwagę. Wybór nadal jest zbyt mały, najbardziej odczuwają to osoby z prowincji, które mają mały dostęp do dużych aglomeracji. A i w dużych miastach na palcach jednej ręki można wyliczyć sklepy oferujące odzież dla grubasów, którzy nie przekroczyli 40-stki. W większości są to ciuchy firm zagranicznych, bo Polakom nadal wydaje się, że grubasów u nas nie ma.

Może zatem warto, aby popularne sieci sklepów z ubraniami, w których największym dostępnym rozmiarem jest 44, zwróciły baczniejszą uwagę na klientki noszące większe rozmiary, mogą one bowiem stać się istotną grupą konsumentów zapewniającą popyt i zyski.

Zgodnie z opinią E. Kaschack, „najbardziej powszechnym lustrem naszego społeczeństwa jest odbiornik telewizyjny. [...] A telewizja, szczególnie przez reklamy, jest podstawowym źródłem stereotypów rodzajowych i koncentracji na fizycznej atrakcyjności kobiet”⁷⁷. Nie może zatem dziwić fakt, że kolejnym obszarem życia społecznego, gdzie obserwowane są uprzedzenia w stosunku do osób z nadmierną masą ciała, są **mass media**. Liczne badania potwierdzają wkład mediów w kreowanie norm i wierzeń dotyczących masy ciała oraz rolę, jaką odgrywają w dostarczaniu wzorców dla jednostek biorących udział w piętnowaniu osób z nadwagą. Badania te jednak skupiały się głównie na przejawach stygmatyzacji otyłości pojawiającej się w filmach, telewizji i prasie⁷⁸. W ostatnim czasie jednakże zwrócono baczność na Internet, w tym popularny serwis YouTube.com, jako źródło potencjalnych

⁷⁷ E. KASCHACK: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Przeł. J. WĘGRODZKA. Gdańsk, GWP, 1996, s. 70—170.

⁷⁸ J.D. LATNER, J.K. ROSEWALL, M.B. SIMMONDS: *Childhood obesity stigma: Associations with television, videogame and magazine exposure*. “Body Image. An International Journal of Research” 2007, no 4, s. 147—155; G. FOUTS, K. VAUGHAN: *Television situation comedies: Male weight, negative references and audience reactions*. “Sex Roles” 2002, no 46, s. 439—442.

zachowań stygmatyzujących⁷⁹. Analiza filmów video, które zawierały treści piętnujące osoby z nadmierną masą ciała, wykazała, że chociaż znaczna część prezentowanych materiałów i odnoszących się do nich komentarzy dotyczyła mężczyzn (62,1%), to jednocześnie właśnie mężczyźni byli najczęściej źródłem stygmatyzujących treści. Autorzy omawianych badań przeanalizowali również opinie użytkowników serwisu i na ich podstawie stwierdzili m.in., że kobiety z nadmierną masą ciała są głównie oceniane pod kątem małej atrakcyjności seksualnej⁸⁰. Mając zatem świadomość siły oddziaływania środków masowego przekazu, można wnioskować, iż ukazywanie obrazów ośmieszających osoby z nadmierną masą ciała ma ogromny wpływ na powstawanie i utrzymywanie się stereotypów. W analizowanym kontekście jedna z użytkowników Internetu pisze:

Grubi są śmieszni. W każdym razie w taki sposób pokazywani są w mediach. Gdy film np. jest zbyt sztywny — wówczas na plan można pchnąć grubego, który robi coś śmiesznego (czasem śmieszne jest już to, że robi rzeczy, które zwykle robią tzw. normalni ludzie). Na przykład śmieszna jest gruba tancerka, baletnica [...]. Grubi są drugoplanowi, nieważni, mają inne funkcje. Wiadomo, czasem zdarzają się wyjątki...

Obejrzałam ostatnio dokument traktujący o walce z otyłością (w szczególności dzieci). Sporej grupie sześciolatków pokazano rysunek z postaciami — dziewczynką bardzo szczupłą, według kanonów normalną, i grubą. Zadawano pytania: która jest najbrzydsza? którą najłatwiej przestraszyć? która najczęściej kłamie? Na wszystkie te pytania była jedna odpowiedź: gruba. Kiedy psychologka prosiła o uzasadnienie, często odpowiadano: bo jest gruba. Dalsza część programu poświęcona była walce z nadwagą wybranej trójki młodych ludzi. Wspomniano przelotem, że grube dzieci zawsze mają kłopoty z asymilacją, że dzieci je wyszydzają, nie chcą z nimi spotykać, bawić. Jakie jest na to rozwiązanie? Schudnąć. Nie ma innej możliwości. Nie

⁷⁹ Dotychczas YouTube.com nie był analizowany w kontekście treści, które mogą przyczyniać się do stygmatyzacji otyłości. Jednakże, biorąc pod uwagę dramatyczny wzrost popularności tego rodzaju przekazów medialnych, ogromną liczbę dostępnych plików i bardzo dużą liczbę „odwiedzin” dziennie (maj 2010 — 2 biliony odwiedzin w ciągu dnia według website-monitoring.com (sierpień 2010)), przypuszcza się, iż to źródło wirtualnej interakcji może być nieudokumentowanym czynnikiem podtrzymującym i generującym zachowania stygmatyzujące względem otyłych. Podano za: M. HUSSIN, S. FRAZIER, J.K. THOMPSON: *Fat stigmatization on YouTube: A content analysis*. “Body Image. An International Journal of Research” 2011, no 8, s. 90. Dostępne w Internecie: www.elsevier.com/locate/bodyimage [data dostęp: 03.06.2011].

⁸⁰ Ibidem, s. 90—92.

było nic o uczeniu tolerancji, o empatii, o wolności. O rozumieniu różnic. Nie było nic o przyczynach otyłości. Przyczyną zawsze było jedno: jedzenie.

Kilka osób zauważyło, że również bajki są „wylęgarnią stereotypów”. Na internetowym forum pisano w następujący sposób:

Dziś wspomnę o filmie Kot w butach. Niewiele ma wspólnego z bajką, to amerykańska komedia utrzymana w trochę cartoonowym stylu. Jednak porażająca od samego początku była nagonka na grubych. Zberekłny głupi absztyfikant matki prezentuje swój wielki owłosiony brzuch. Niedomagająca opiekunka, która potrafi tylko spać i swym ciałem służyć za ciężarek. Przy tym ma wielkie okulary i jest pomalowana wyjątkowo wyzywająco. Niedobry chłopiec, który w końcu najmocniej uderzy biednego kota poniżej pasa — gruby [...]. Świat bajek oczywiście składa się ze stereotypów — ale co ważne — również je tworzy!

Nie bardzo śmieszyła mnie komedia puszczana ostatnio w kinach, gdzie gruba baba była jednocześnie wredna, egoistyczna, agresywna, wulgarna, ohydna i wszystko, co najgorsze, a chuda i ładna to super extra dobra, wrażliwa i sexowna babka. To sprzyja dalszej generalizacji otyłych osób. Wolę filmy, w których bohaterem jest gruby człowiek, ale gdzie pokazuje się go takim, jaki jest (nie przerysowując), czyli taki, jak każdy inny człowiek ze wszystkimi zaletami i wadami.

Ostatnio na moich ulubionych cartoonnetwork (polecam wszystkim — dzieciom niekoniecznie) pojawił się serial animowany o robotach z grubym bohaterem. Niestety nazwy nie podam, bo to nie jest bajka śmieszna, ale poważna. I tam głównym atutem grubego bohatera jest jedzenie — stale je. Nie boi się przymiotnika tłusty — bo przecież jest silny dzięki swej tuszy. Ale widać też często jego zażenowanie, złość... czyli jednak nie jest wobec tego obojętny. Gruba kobieta na jego miejscu już tak łatwo by nie miała.

I jeszcze jedno retorycznie stawiane przez internautkę pytanie:

[...] zastanawiam się, dlaczego to była gruba dziewczynka. Czy jest to bardziej wyraźny przekaz? Grubego chłopca można jeszcze pomylić z silnym chłopcem?

Przytoczony post porusza dwa istotne problemy. Po pierwsze, pokazuje, jak za pośrednictwem bajek w umysłach przede wszystkim dzieci rodzą się stereotypy i uprzedzenia związane z otyłością. Po drugie, potwierdza, że problem dyskryminacji i uprzedzeń do osób z nadmierną masą ciała w większym stopniu dotyczy kobiet, co — jak się wydaje — wynika z większej presji społecznej i promowanego głównie przez kulturę zachodnią ideału piękna, zgodnie z którym szczupła sylwetka jest symbolem i gwarantem zdrowia, szczęścia i życiowego powodzenia. Problem ten porusza jedna z użytkowniczek forum internetowego, pisząc:

Dajmy na to, znana piosenka pod tytułem „O Hela, twoje ciało mnie onieśmiela!”. Piosenka i teledysk — szczególnie teledysk ładnie pokazuje wszelkie stereotypy dotyczące grubych kobiet. Grube kobiety są śmieszne. Są anomalią w męskim świecie, gdzie króluje seksi blond. Gruba kobieta jest śmieszna sama w sobie — choć może raczej żenująca — bycie z grubą jest objawem desperacji, rozpacz, zamroczenia, szczególnych upodobań, głównie w opinii młodzieży. W powszechnej opinii gruba baba oczywiście je — i to je bardzo dużo. Nikt nie pyta — dlaczego je? Jakoś tak nie schodzimy głębiej w rozważaniach. Narzekałam ostatnio na kobiety szukające faceta, upatrujące w nich swego ratunku. Patrząc z drugiej strony — bycie z grubą kobietą, którą przypadkiem się na przykład kocha, jest chyba dla przeciętnego mężczyzny wyzwaniem. Bo w teledysku „Hela” jest śmieszna i główny bohater staje się śmieszny. Czyli rezygnuje ze statusu „bycia normalnym”. Jeśli robi się to z miłości — to jest to niewątpliwie heroizm. Jednak takie przeszkody albo tę miłość wzmocnią, albo ją zabiją [...]. Jeśli podział na płęć jest najbardziej oczywisty i „naturalny”, to w każdej grupie, nawet dyskryminowanej — kobiety będą dyskryminowane bardziej.

Osoby z nadmierną masą ciała wyrażają również inne zarzuty pod adresem mediów, np.:

[...] ja tylko ciągle zaznaczam, że media i społeczeństwo kreują grubego na nieszczęśliwego wyrzutka społecznego, jakiegoś dewianta czy jednostkę patologiczną...

Podsumowując, nie sposób nie doceniać ogromnej siły środków masowego przekazu i — w szerszym kontekście — kultury popularnej w kształtowaniu stereotypów i uprzedzeń związanych z wyglądem ciała. Co więcej, „dotykają one także problemu tożsamości współczesnego człowieka, który w obliczu bieżących przekazów kulturowych nabiera nowego wymiaru,

pozostając przy tym jednym z aktualnych i kluczowych zagadnień dla pedagogów”⁸¹.

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden, bardzo istotny i często poruszany aspekt nadmiaru masy ciała. To, co wielokrotnie pojawiało się w wypowiedziach osób otyłych, to sposób postrzegania i oceniania otyłości przez społeczeństwo polskie w porównaniu z innymi narodowościami. Pozornie, może się wydawać, że Polska nie jest krajem szczególnie dyskryminującym i nietolerancyjnym wobec otyłych, a większość doniesień dotyczących krzywdzącego traktowania osób z nadmierną masą ciała odnosi się głównie do rzeczywistości Stanów Zjednoczonych. Okazuje się jednak, że dyskryminacja ta ma miejsce również w Polsce, a jej źródłem są osoby, instytucje i środowiska (rodzina, szkoła, służba zdrowia), których zasadniczo nie utożsamia się z tego typu postawami. Tymczasem otyli, którzy doświadczyli dyskryminacji w Polsce, a jednocześnie mieli możliwość przebywania poza granicami kraju, dokonali porównania postaw i zachowań innych ludzi w stosunku do osób z nadmierną masą ciała. W rezultacie, można stwierdzić, iż społeczeństwa państw europejskich (gdyż to głównie one były przedmiotem porównania respondentów) są w większym stopniu tolerancyjne i wolne od uprzedzeń i stereotypów związanych z masą ciała aniżeli społeczeństwo polskie.

Ogromna szkoda, że w Polsce obowiązuje nadal kanon wieszaków i że wyśmiewa się osoby zakochane w puszystych na przykład. Stąd właśnie mój pesymizm co do jakichkolwiek związków z Polakami. Poza wyjątkami, cała reszta będzie uważała dziewczynę nie-wieszak za obciach i ugnie się pod śmiechem kumpli. Ci sami kumple śmieją się ze mnie i obrzucają wszelkimi epitetami, najczęściej w miejscach publicznych. „Grube trzeba tępić i już”! [...]. Rok temu mogłam doświadczyć, co się wtedy dzieje. Całe 2 miesiące spędziłam sama w Polsce, w tym miesiąc w moim rodzinnym Opolu. Dodam, że ważyłam wtedy 10 kg więcej niż przed rokiem. I co? Przez ponad 2 ostatnie tygodnie bałam się wyjść z domu, bo reakcje ludzi stawały się nieznośne, obelgi leciały pod moim adresem za każdym razem, kiedy wyszłam dalej niż na koniec mojej ulicy. Szczytem była butelka rzucona we mnie przez bachory, na środku ulicy (na szczęście nie doleciała). Wtedy zaszyłam się w moim pokoju i czekałam na wyjazd [...].

I jeszcze jedna wypowiedź:

⁸¹ A. OSTASZEWSKA: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012, s. 4.

Polska... Wiem, że gdybym w niej została, do dziś nie miałabym chłopaka ani poprawionej samooceny, w zamian zmierzałabym się z narastającymi problemami. Dziś po prostu nie potrafię wyobrazić sobie siebie z jednym z tych ludzi, wyglądających na normalnych studentów czy naszą „inteligencję”, a jednak niedających mi przejść obok nich bez złośliwości czy wręcz bluźgów. Dresiarzy i innych takich pomijam [...]. Właściwie nie da się zmienić nastawienia społeczeństwa do nas w ciągu kilku lat, to kwestia pokoleń. Nawet sukcesy Agaty Wróbel nic tu nie pomogą. Grubi są gorsi, nietolerowani, obrzydliwi. A szkoda.

2. Znaczenie nadmiernej masy ciała w obszarze funkcjonowania psychospołecznego jednostki

Zarówno nadmiar masy ciała, jak i reakcje otoczenia mogą powodować różnorodne konsekwencje psychiczne. Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że wśród osób z nadwagą lub otyłością dominują negatywne emocje⁸². Wielu autorów uważa nawet, że brak samoakceptacji i deformacje obrazu ciała są charakterystycznymi zaburzeniami populacji osób otyłych, wynikającymi z niekorzystnych doświadczeń na poziomie społecznym i postrzegania ciała jako źródła negatywnych emocji. Wykazano, że osoby o zaburzonej percepcji własnego ciała czują, że ich ciała są groteskowe, nieatrakcyjne, nieproporcjonalne oraz że są narażone na uwagi i pogardliwe oceny ze strony innych ludzi⁸³. Zaburzenie to może przyjąć formę całkowitej koncentracji uwagi na otyłości i wówczas jednostka postrzega cały świat w kontekście swojej wagi⁸⁴. Co więcej, fakt bycia osobą otyłą może być przez nią spostrzegany jako powód przygnębienia, zmęczenia, nietowarzyskości oraz zaniedbywania swojego wyglądu. Warto także zauważyć, że większość badań dotyczących wpływu otyłości na funkcjonowanie emocjonalne dotyczy kobiet. Przypuszczalnie, taki stan rzeczy wynika z tego, że kobiety dotkliwiej w porównaniu z mężczyznami przeżywają fakt bycia osobą otyłą, stąd też autorzy badań skupiają się głównie na nich. W rozpatrywanym kontekście niezwykle ważna jest indywidualna wrażliwość,

⁸² Zob. A. GŁĘBOCKA, A. WIŚNIEWSKA: *Psychologiczny portret kobiet otyłych...*, s. 78.

⁸³ M.A. BOYD: *Living with overweight*. "Perspectives in Psychiatric Care" 1989, no 25, s. 48—52. Podano za: M. FILA, J. TERELAK: *Otyłość jako źródło stresu...*, s. 112.

⁸⁴ A.J. STUNKARD, M. BURT: *Obesity and the body image: II. Age of onset of disturbances in the body image*. "American Journal of Psychiatry" 1967, no 123, s. 1443—1447. Podano za: M. FILA, J. TERELAK: *Otyłość jako źródło stresu...*, s. 112.

odporność na stres i wszelkie przejawy nietolerancji, wykazywany poziom akceptacji samego siebie oraz wiele innych cech osobowościowych i charakterologicznych. Ważne są tu także pozytywne doświadczenia, sukcesy i osiągnięcia w innych sferach życia — zawodowej, szkolnej oraz w relacjach międzyludzkich. Bardzo trafnie opisuje to jedna z osób z problemem nadwagi:

Podsumowując — nie czuję się lepiej, mając te parę kilo mniej. Oczywiście mam na myśli aspekt psychologiczny. Wciąż się wstydzę pokazywać, lęk przed reakcją otoczenia skutecznie powstrzymuje mnie przed wypowiadaniem się, nawiązywaniem kontaktów itd. Ale przecież nie sama tusza doprowadziła mnie do takiego stanu — podziękować środowisku, w którym dorastałam. Niestety, ale mam właśnie wrażliwą psychikę i każde złe słowo boli jak cięcie nożem.

To zatem, w jaki sposób osoby z nadmierną masą ciała radzą sobie ze swoją nadwagą, zależy w dużym stopniu od ich predyspozycji psychicznych. Warto zauważyć, że często nie sama otyłość stanowi problem, ale to, w jaki sposób społeczeństwo i najbliższe otoczenie reaguje na wygląd danej jednostki. Jeśli bowiem postawy społeczne charakteryzuje negatywizm i stereotypowość, mogą one stanowić źródło problemów psychologicznych. Zgodnie z badaniami, wspomniane problemy natury psychologicznej wyrażają się większą podatnością osób dotkniętych dyskryminacją na depresję, niepokój, zwiększając prawdopodobieństwo wystąpienia mniejszego poczucia własnej wartości.

Bardzo bym chciała mieć w sobie tyle pewności siebie, żeby nie bać się złych nastrojów (a boję się ich panicznie, w ogóle wielu rzeczy się boję). Chciałabym się siebie nie wstydzić — bo czasami się wstydzę, jak chyba każda gruba osoba.

I tak ogólnie... chcę, żeby ludzie mnie akceptowali taką, jaką jestem, żeby mnie lubili. Wiem też, że jeśli sama siebie nie zacznę akceptować i lubić, nie mogę wymagać od innych, żeby mnie lubili. Nienawidzę być grubą.

Czasem przychodzą chwile, że mam ochotę uciąć sobie nadmiernie wystający brzuch, rozerwać na strzępy nogi, które nie mieszczą się w fajne spodnie. Ale po jakimś czasie się opamiętuję, dochodzę do siebie i znowu jest jako tako, lub nawet dobrze. Myślę sobie wtedy: Jestem, jaka jestem, to nawet i lepiej, przynajmniej wiem, że ludzie

lubiący mnie, akceptują mój wygląd i lubią charakter, a nie lubią tylko i wyłącznie za wygląd...

Przytoczone wypowiedzi zdają się sugerować, że problemy psychologiczne związane z nadmiarem masy ciała mogą wystąpić, szczególnie w przypadku dziewcząt i młodych kobiet, którym przyszło żyć w czasach, kiedy szczupła sylwetka jest wskaźnikiem szczęścia i życiowego powodzenia. Powagę sytuacji osób z nadmierną masą ciała potęguje fakt, że otyłość (głównie wśród kobiet) jest powiązana z wyższym prawdopodobieństwem wystąpienia symptomów depresyjnych⁸⁵, a także myśli i prób samobójczych⁸⁶. W przeglądzie badań na temat zależności między depresją a otyłością A.J. Stunkard, M.S. Faith i K.C. Allison⁸⁷ wykazali, że „depresja i otyłość częściej współwystępują, jeśli: głębokość depresji jest większa, otyłość jest poważniejsza, status społeczno-ekonomiczny jest niższy, w dzieciństwie doświadczało się większej liczby negatywnych doświadczeń (np. zaniedbanie, przemoc fizyczna) oraz jest się kobietą”⁸⁸. Występowanie pewnych czynników obserwuje się zarówno w etiologii depresji, jak i w otyłości. Takim czynnikiem jest np. objadanie się i okresy głodzenia się (oraz wzrost i obniżanie się wagi ciała) we wcześniejszych okresach życia. Ponadto, „istnieje również wiele mediatorów, które zwiększają prawdopodobieństwo występowania depresji, jeśli jest się osobą otyłą, oraz otyłości, jeśli wcześniej chorowało się na depresję”⁸⁹. Jednym z mediatorów są reakcje otoczenia na nadwagę lub otyłość, np. złośliwe uwagi i negatywne komentarze. Potwierdzenie przytoczonych badań innych autorów oraz doniesień zawartych w literaturze przedmiotu mogą stanowić wypowiedzi osób badanych.

⁸⁵ Przeprowadzone w ostatnich latach, zakrojone na szeroką skalę badania epidemiologiczne, obejmujące ponad 36 000 osób powyżej 15. roku życia, wskazują, że wśród ludzi otyłych stwierdza się częstsze niż wśród osób z wagą w normie występowanie zaburzeń nastroju, takich jak: wielkie zaburzenia depresyjne (*major depressive disorder*) lub zaburzenia dwubiegunowe (*bipolar disorder*). Wskaźniki te wynoszą odpowiednio 19% i 15% dla występowania tych zaburzeń w ciągu życia. Podano za: R.S. MCINTYRE, J.Z. KONARSKI, K. WILKINS, J.K. SOCZYŃSKA, S.H. KENNEDY: *Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a National Community Survey on Mental Health and Well-being*. “Canadian Journal of Psychiatry” 2006, no 51, s. 274–280. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 25.

⁸⁶ Tezę o wyższym poziomie depresji wśród otyłych kobiet potwierdzają także — cytowane wcześniej — A. GŁĘBOCKA i A. WIŚNIEWSKA (*Psychologiczny portret kobiet otyłych...*, s. 67–78).

⁸⁷ A.J. STUNKARD, M.S. FAITH, K.C. ALLISON: *Depression and obesity*. “Biological Psychiatry” 2003, no 54, s. 330–337. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 25.

⁸⁸ A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 25.

⁸⁹ Ibidem, s. 26.

Gdy w końcu po długim leczeniu (około 3 miesiące) wróciłam do szkoły, to dziewczynki, z którymi wcześniej się bawiłam, wyśmiewały mnie, nazywały spasionym tankowcem. W domu też nie było lepiej, cała rodzina robiła mi kąśliwe uwagi [...]. Pamiętam, że to był okres, w którym wpadłam w straszną depresję i żeby zapęłnić tę pustkę wywołaną samotnością i brakiem akceptacji, jadłam jak opętana.

Kiedys byłam gruba i przez opinię społeczną, a także rodzinę przekroczyłam pewną granicę. Skończyłam jako chuda bulimiczka z depresją, samookaleczeniami, myślami samobójczymi i niemożnością normalnego funkcjonowania. Kiedy byłam gruba, nie byłam szczęśliwa, ale dużo szczęśliwsza niż jestem teraz...

Zajadałam emocje i tak tyłam dalej. Wpadłam w depresję tak wielką, że chciałam odebrać sobie życie. Wiem, że moja mama by tego nie wytrzymała, więc skończyło się na myślach samobójczych. Wylądowałam jednak w szpitalu na oddziale psychiatrycznym na miesiąc. Wtedy tak naprawdę zdałam sobie sprawę, jak bardzo jestem zniszczona, zaszczuta przez innych.

Jak podaje literatura przedmiotu, kobiety otyłe mają niższy poziom samooceny ogólnej (w porównaniu z kobietami z prawidłową masą ciała), który wynika z niższego poziomu samoakceptacji w zakresie cech związanych z wyglądem fizycznym i atrakcyjnością. Podłużne badania prowadzone wśród adolescentów oraz wśród osób dorosłych dowodzą, że osoby z otyłością stają się częściej przedmiotem kpin, cynicznych komentarzy ze strony otoczenia, co z kolei prowadzi do niezadowolenia z siebie i z własnego wyglądu, a także powoduje smutek i przygnębienie⁹⁰.

Czuję się okropnie; widzę te spojrzenia, komentarze: Ale się zmieniłaś. Wiem, źle mi z tym, ale co zrobić? Trzeba żyć. Przeszłam już wszystkie kuracje odchudzające no i co? Guzik.

A mnie wcale nie jest dobrze. Nigdy nie byłam chuda, a miesiąc temu urodziłam synka. I przekroczyłam setkę. I każdego dnia czuję się gorzej.

Ja sama jestem gruba, nic dodać nic ująć, 167 i 85 kg wagi. Szczerze mówiąc, nienawidzę się za to, ile razy próbowałam schudnąć,

⁹⁰ Ibidem.

lekarze, wczasy odchudzające itd., a ja dalej nie akceptuję siebie, jest mi źle w moim ciele i tyle.

Pytasz, dlaczego nie można być szczęśliwą, będąc grubą (mam 30 kg nadwagi). Ja mam kilka powodów — nawalił mi kręgosłup strasznie, więc jeśli nie schudnę, to mogę przestać chodzić; mam syna i nie chcę, aby dzieci się z niego śmiały, że ma grubą mamę — jak patrzę na siebie, to nie wierzę, że to ja.

Innym czynnikiem, który może zwiększać ryzyko depresji wśród osób z nadwagą czy otyłością, jest znacząca rozbieżność między idealnym a realnym obrazem ciała. Rozbieżność ta wpływa na niezadowolenie z własnego wyglądu i niższą samoocenę⁹¹. Dodatkowo, wskazuje się, że zaburzenie obrazu swego ciała (np. przeszacowywanie obrazu własnego ciała pod względem jego rozmiarów) może powodować zakłócenie wzorów jedzenia i objadanie się, co z kolei prowadzi do nadwagi.

Ja sama mam problem z ocenieniem tego, jaka jestem — ładna, brzydka, obrzydliwa, czy jestem spasioną świnią, którą powinno się oddać na ubój i wytłoczenie słoniny, czy może jestem seksowną kobietą, przy której jest na czym zawiesić oko. Sądzę, że to nie ma najmniejszego znaczenia, każdego dnia czuję się inaczej, każdego dnia inaczej patrzę na otaczający mnie świat, inaczej patrzę w lustro. Liczy się tylko to, co jest wewnątrz.

Czasem mam takie przebłyski, że nie warto się tym przejmować i żyć, bo życie jest za krótkie. Każdy chyba tak ma. Trwa to do pierwszego spojrzenia w lustro, witrynę. I bach. Czar prysł.

Nie umiem zaakceptować takiej siebie. To nie ja. Mam napady kompulsywnego jedzenia, czasem zajadam problemy.

„Poza występowaniem zaburzeń nastroju zmiana wagi lub objadanie się wpływa na występowanie negatywnego nastroju. Wbrew potocznym przekonaniom może nie być różnic między kobietami a mężczyznami z nadwagą lub otyłością w zakresie emocji negatywnych poprzedzających akty

⁹¹ Ibidem. O niezadowoleniu z ciała wspominają także w relacji ze swoich badań A. GŁĘBOCKA i A. WIŚNIEWSKA (*Psychologiczny portret kobiet otyłych...*, s. 76). Wyznacznikiem owego niezadowolenia była rozbieżność między obecną a pożądaną wagą ciała. Zgodnie z przewidywaniami autorek rozbieżność ta okazała się wyższa u kobiet otyłych. Im zaś jest ona większa, tym większe nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak smutek czy lęk.

objadania się. Jak wiadomo, część osób reguluje negatywne samopoczucie psychiczne, jedząc. Badania prowadzone na Uniwersytecie Yale wskazują, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni z nadwagą z podobną częstotliwością objadają się w odpowiedzi na takie negatywne emocje, jak lęk, smutek, samotność, zmęczenie, gniew⁹². Już sama informacja o zwiększeniu wagi może być źródłem obniżonego nastroju. Zagraniczne badania eksperymentalne⁹³, w których manipulowano informacją zwrotną na temat wagi uczestniczek, wykazały istotne zależności między informacjami o wadze a poziomem lęku i depresji. Wśród kobiet, którym przekazano informację, że ważą więcej niż sądziły, zaobserwowano wzrost lęku i depresji. Rozważania te wskazują, jak bardzo przyczyny i konsekwencje otyłości są z sobą powiązane. Dla wielu osób nadmiar masy ciała i związany z tym stres⁹⁴ — inicjowany różnymi przyczynami — wpływają na ich psychiczne funkcjonowanie w ten sposób, że zaczynają one jeść. Zauważalny jest tutaj pewien skutkowo-przyczynowy związek i rodzaj błędnego koła, w którym może tkwić osoba psychologicznie nieradząca sobie z problemem masy ciała.

A otyłość owszem, powoduje wiele stresów i frustracji. Wiele ludzi frustrację zajada, więc tutaj dodatkowo jeszcze koło się zamyka. Stresy i negatywne przeżycia sprzyjają otyłości, a otyłość sprzyja stresom i negatywnym przeżyciom.

Wiele — może nawet wszystkie grube osoby mają z tym problem. Wiele osób nie-grubych również na to cierpi. Nawet jeśli otyłość nie wzięła się z kompulsywnego zjadania stresów — to bycie grubym stało się takim stresem, że często wówczas zaczynało się jeść.

Jeśli chodzi o mnie — jem, bo brak mi poczucia bezpieczeństwa — choć to nie jest jedyna odpowiedź. W taki sposób nauczyłam się rozładowywać napięcie, którego mam dużo — właśnie ze względu

⁹² R.M. MASHEB, C.M. GRILO: *Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder*. "International Journal of Eating Disorder" 2006, no 39, s. 14—19. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 27.

⁹³ S. WINSTANLEY, L. DIVES: *Effects on mood of a bogus weight gain*. "European Eating Disorder Review" 2005, no 13, s. 424—426. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 28.

⁹⁴ M.in. M. FILA i J. TERELAK (*Otyłość jako źródło stresu...*, s. 105—126), poszukując odpowiedzi na pytanie o to, czy otyłość może być dla kobiet źródłem stresu, stwierdzili, że „otyłość jest spostrzegana przez kobiety jako źródło transakcji stresowych”. Według cytowanych autorów, „kobiety otyłe przeżywają sytuacje stresowe związane z wyglądem fizycznym”.

na brak bezpieczeństwa... jem dlatego, że jestem gruba (też), ale nie jestem gruba dlatego, że jem. Choć potem, to już się zapętla i działa w obie strony — samonapędzająca się machina.

Dokument ten, jak wiele innych również — nierozzerwalnie łączy otyłość z kompulsywnym jedzeniem. To nie jest takie proste w moim odczuciu. Powiedziane zostało: otyłość wywołuje depresję. Jak dla mnie jest całkiem możliwe, że dzieje się dokładnie odwrotnie. To dziecko, które jest nieakceptowane, często wpada w depresję — i to te stany często zajada, stając się coraz większym i większym.

Zajadałam stres, nudę. Jakieś chore koło: jem, bo jestem gruba i mnie nie akceptują, nie wychodzę z domu, bo mnie wyśmiewają, nie mam co robić w domu, więc jem.

Zawsze zajadam emocje i nie potrafię nad tym panować, choć wydaje mi się, że już zdaję sobie sprawę, że ten moment nadchodzi, wiem, co mnie złości i że będę za moment jadła. Szukam wtedy czegoś, czegokolwiek, co mogłabym gryźć, żuć, po prostu jeść. Dopiero po zjedzeniu emocje opadają i uspokajam się.

Kolejna internautka pisze:

Mogłabym napisać, że całe życie się odchudzam, tylko bezskutecznie. Nie mam do tego wytrwałości, silnej woli. Nadchodzi taki moment, że chcę, wtedy mówię sobie, że dam radę, tym razem się uda. I przy którymś dniu dochodzę do lodówki i wtedy jem byle co, oby jeść. Nie wiem, czy jestem głodna, czy już się najadłam, to jakby nie miało żadnego znaczenia. Obżeram się w stresowych sytuacjach.

Przytoczone wypowiedzi rzucają światło na psychiczne funkcjonowanie osób otyłych, choć — jak piszą A. Głębocka i A. Wiśniewska — „w dalszym ciągu nie wiadomo, czy pojawiające się negatywne emocje należy traktować w kategoriach przyczyny czy skutku otyłości”⁹⁵.

Z dotychczasowych rozważań wyłania się dość pesymistyczny obraz osoby otyłej — nieradzącej sobie z emocjami i krzywdzącym ją środowiskiem życia. Oba te wymiary funkcjonowania człowieka (psychologiczny i społeczny) są — jak łatwo zauważyć — ściśle z sobą powiązane. Jednakże, kwestia, czy i w jaki sposób nadmierna masa ciała determinuje szeroko rozumiane funkcjonowanie jednostki w środowisku życia, a także kreuje jej

⁹⁵ A. GŁĘBOCKA, A. WIŚNIEWSKA: *Psychologiczny portret kobiet otyłych...*, s. 78.

stany emocjonalne i obraz siebie, w ogromnym stopniu zależy od psychologicznego „wyposażenia” każdego człowieka. Teza ta znajduje potwierdzenie w wypowiedzi:

Głosy o braku zrozumienia czy nieakceptacji dopadały mnie ze wsząd — od najbliższych aż po zupełnie obcych ludzi: bezdomnych, starych pijaków, dzieci, miłych pań w sklepie, koleżanek i kolegów w szkole, nauczycieli, lekarzy, sąsiadek, ciocę, wujków itd... Przeżyłam to wszystko. Nie załamalam się. Staram się siebie kochać. Uśmiecham się. I wierzę, że jeśli chcę — to mogę być tylko szczęśliwsza.

3. Sposoby radzenia sobie z piętnem otyłości

Biorąc pod uwagę przytaczane w niniejszym opracowaniu badania innych autorów oraz efekty własnych analiz, można przyjąć, że dla wielu osób (nie wszystkich oczywiście!) otyłość jest pewnego rodzaju piętnem, które wpływa na społeczne interakcje i stanowi potencjalne źródło stresu w życiu codziennym. „Sposób, w jaki osoby stygmatyzowane oceniają swoją sytuację i radzą sobie z nią, jest ważnym wyznacznikiem ich adaptacji”⁹⁶ i funkcjonowania w środowisku życia. Takie podejście pozwala wyjaśnić zarówno międzygrupowe, jak i wewnątrzgrupowe różnice pod względem podatności i odporności na piętno⁹⁷. Zgodnie z podejściem psychologicznym, istnieją dwa główne czynniki pośredniczące, od których zależy, jak jednostki reagują na potencjalnie stresujące zdarzenia życiowe, i są to: oceny poznawcze i radzenie sobie. Zgodnie ze stanowiskiem A. Bandury, „przekonania o skuteczności własnej” to „przekonania dotyczące tego, czy jednostka potrafi osiągnąć panowanie lub kontrolę nad środowiskiem”⁹⁸. Są one podstawowymi czynnikami decydującymi o tym, jak jednostki będą reagować w potencjalnie stresujących sytuacjach⁹⁹. Drugim kluczowym czynnikiem pośredniczącym między stresującymi relacjami osoba — środowisko a wynikami adaptacji jest radzenie sobie. W modelu R.S. Lazarusa i S. Folkmana radzenie sobie definiuje się jako „ciągłe zmieniające się poznawcze i behawioralne usiłowania (danej osoby), aby

⁹⁶ C.T. MILLER, B. MAJOR: *Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem*. W: *Spółeczna psychologia piętna...*, s. 246.

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ A. BANDURA: *Self-efficacy mechanism in human agency*. „American Psychologist” 1982, no 37, s. 122—147.

⁹⁹ C.T. MILLER, B. MAJOR: *Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem...*, s. 229.

uporać się ze specyficznymi zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi wymogami, które są oceniane jako wystawiające na próbę lub przekraczające możliwości danej osoby”¹⁰⁰. Innymi słowy, psychologiczna perspektywa stresu i radzenia sobie określa, że piętno (np. otyłość) lub zdarzenie związane z piętnem (np. odrzucenie społeczne spowodowane uprzedzeniem) będzie oceniane jako stresujące tylko wtedy, gdy stygmatyzowany stan lub połączone z piętnem wydarzenie będzie stanowiło istotne dla danej osoby zagrożenie, przekraczające możliwości radzenia sobie danej jednostki. Ponadto, perspektywa ta powoduje, że stygmatyzowane osoby, które oceniają swoje piętno lub związaną z nim sytuację jako stresującą, niekoniecznie będą doświadczały negatywnych konsekwencji, jeśli „skutecznie dają sobie radę z wewnętrznymi lub zewnętrznymi wymogami, jakie stwarza oceniane zagrożenie”¹⁰¹.

Ludzie stosują wiele różnych strategii, aby radzić sobie z piętnem i połączonym z nim uprzedzeniem, tak samo, jak stosują rozmaite sposoby, aby poradzić sobie z wieloma innymi sytuacjami, które są przez nich oceniane jako stresujące. Zarówno różnice indywidualne, jak i czynniki sytuacyjne determinują to, jakie strategie są stosowane, a także ich stopień efektywności. Decydujący wpływ na wybór przez jednostkę strategii radzenia sobie ma wyznaczony przez nią cel. Niejednokrotnie, aby poradzić sobie z piętnem, stosuje się zarówno **skoncentrowane na problemie**, jak i **skoncentrowane na emocji** strategie radzenia sobie¹⁰². „Strategie skoncentrowane na problemie mogą być ukierunkowane na własne Ja, na innych lub na sytuację, w której zachodzi interakcja Ja i innych [...]. Większość wysiłków zmierzających do poradenia sobie, które są ukierunkowane na własne Ja, polega na redukowaniu stopnia, w jakim piętno odnosi się do Ja. Oczywistym sposobem dokonania tego jest wyeliminowanie stygmatyzującego stanu”¹⁰³, np. przez takie zachowania, jak:

W tym roku pojechałam po raz trzeci do sanatorium. Schudłam 6 kg. Trzymam wagę...

[...] poprosiłam ją (panią doktor) o kontakt z dietetykiem. Tak też się stało. Pani przeprowadziła ze mną poważną rozmowę, ułożyła dietę, dała parę wskazówek dotyczących ruchu. Jednym słowem rzuciła mi

¹⁰⁰ R.S. LAZARUS, S. FOLKMAN: *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984, s. 141. Podano za: C.T. MILLER, B. MAJOR: *Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem...*, s. 229.

¹⁰¹ C.T. MILLER, B. MAJOR: *Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem...*, s. 229.

¹⁰² Ibidem, s. 246.

¹⁰³ Ibidem, s. 233—234.

rękawicę... a ja jako ambitna osoba i kochająca wyzwania podniosłam ją bez zastanowienia!

Należy zauważyć, że w kontekście nadmiernej masy ciała wysiłki zmierzające do wyeliminowania stanu, który był przez osoby badane spostrzegany w kategorii problemu, niejednokrotnie kończyły się fiaskiem i były podejmowane wielokrotnie.

Czy się odchudzałam? Zawsze. Lepiej i gorzej. Od naturalnych metod, po chemię.

Okresy intensywnej walki z tłuszczukiem przeplatane były dołami, podczas których leżałam przed telewizorem, użalałam się nad sobą i pochłaniałam ogromne ilości jedzenia. I tak to trwa.

Cały czas jestem na diecie, próbując chudnąć, katuję się ćwiczeniami itp., jednakże to nic nie daje.

Ludzie mogą także radzić sobie z piętnem przez strukturalizowanie sytuacji w taki sposób, jaki pozwala uniknąć problemów z uprzedzeniem. Jedną z metod jest niedopuszczanie do sytuacji, w których narażają się na uprzedzenie ze strony innych. Dlatego też ludzie otyli często nie odwiedzają takich miejsc, jak bary szybkiej obsługi lub plaża, gdzie są szczególnie narażeni na dezaprobatę. Osoby stygmatyzowane mogą również starać się unikać ludzi niestygmatyzowanych, o których wiedzą, że będą przejawiać uprzedzenia wobec nich, których o to podejrzewają lub przewidują, że będą się tak zachowywać¹⁰⁴.

Niedawno byłam z koleżankami na plaży. Powiedziałam, że nie mogłam znaleźć kostiumu, a tak naprawdę głupio mi było rozebrać się przy nich.

Jak dotąd na basen nie chciałam chodzić właśnie ze względu na ciało.

Boję się wyjść z domu, jeść swobodnie lodu czy cokolwiek innego. Widzę spojrzenia obcych ludzi na ulicy. Pewnie myślą: Taka gruba, a jeszcze się opycha.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 236.

Wstydę się jeść, kupować jedzenie. Nigdy nie jem w szkole. Kupuję tylko soki i gumy do żucia. Nie odważyłabym się kupić chipsów lub batona.

Bałam się chodzić na basen. Po pierwsze, nadwaga, po drugie, rozstępy widoczne na każdym kroku.

Wstydziłam się rozbierać przy innych, zaczęłam unikać plaży.

Staram się nie wyróżniać, boję się odrzucenia.

Wydaje się, że nie byłoby potrzeby podejmowania wysiłków zmierzających do zmienienia samego siebie lub interakcji, gdyby możliwe było wyeliminowanie społecznej deprecjacji wyróżniających się osób. Jak podaje literatura przedmiotu¹⁰⁵, czyniono wiele starań w celu pozbycia się uprzedzeń społecznych. Zwykle wysiłki te przyjmują postać kampanii edukacyjnych (np. „Narodowe Stowarzyszenie na rzecz Popierania Akceptacji Grubych”). „Jednym ze sposobów uzyskania akceptacji jest położenie większego nacisku na modele biologiczne lub medyczne przy wyjaśnianiu genezy stygmatyzowanych stanów. [...] Wysiłki zmierzające do poradzenia sobie, które mają na celu zmienianie innych, mogą także stać się wysiłkami zbiorowymi. Chociaż pojedyncza osoba może wywierać nacisk na większość, jeśli argumenty tej jednostki są mocne i spójne, to jednak większa liczba źródeł wpływu zwiększa presję społeczną”¹⁰⁶.

Opisane strategie skoncentrowane na problemie usiłują albo bezpośrednio, albo pośrednio zmienić relację między osobą a środowiskiem w taki sposób, aby jednostka ta w mniejszym stopniu doświadczała problemów związanych z piętnem. Natomiast wspomniane wcześniej strategie radzenia sobie skoncentrowane na emocji są stosowane do regulowania uczuć związanych ze stresorami. W dziedzinie stygmatyzacji strategie takie mają na celu przede wszystkim minimalizowanie negatywnych reakcji afektywnych i chronienie poczucia własnej wartości przed stresorami związanymi z piętnem, takim jak uprzedzenie¹⁰⁷. Warto także zwrócić uwagę, iż niejednokrotnie ludzie nieświadomie stosują działania skoncentrowane zarówno na problemie, jak i na emocjach. Oto przykład:

Muszę pogodzić się z tymi kilkunastoma kilogramami nadwagi. Będę o siebie dbać tylko dla samej siebie. Kupiłam kilka fajnych

¹⁰⁵ Ibidem, s. 237.

¹⁰⁶ Ibidem, s. 237—238.

¹⁰⁷ Ibidem, s. 238—239.

kosmetyków. Zapisalam się na fitness. Nie dla schudnięcia. Dla lepszego samopoczucia. I dla radości i chęci życia, jaką odczuwam po godzinnym wysiłku...

Co prawda obecnie jestem na diecie — chciałabym schudnąć chociaż troszkę, by móc nie tylko kupić sobie coś ładnego w przystępnej cenie, ale też dlatego, by czuć się lepiej. Nie chcę być szczupła jak Claudia Schiffer. Chcę po prostu normalnie żyć, nie wstydząc się tego, jak wyglądam. Już od jakiegoś czasu chodzę z wysoko podniesioną głową, nie zamykam się w domu, staram się być pogodna, otwarta i nie popadać w depresję, jak coś się nie uda.

Radzę sobie coraz lepiej z tym, jak wyglądam, od kiedy poznaję mechanizmy społeczne, kiedy lepiej poznaję też siebie, swoje potrzeby, poglądy, cechy osobowości. Kiedy widzę choć częściowo (pewno w małej części), jak jestem manipulowana, jak wiele rzeczy jest mi wmawianych, jak połykam cudze poglądy bez mrugnienia okiem, popijając coca-colę. Mój rozwój i radzenie sobie z problemem wyglądu to przesuwanie przymiotnika: „gruba” z miejsca pierwszego na liście rzeczy mnie określających na miejsce jednej ze składowych kolejnej składowej. Nie chcę spojrzeć na to, jak wyglądam — inaczej, lepiej. Chcę wyjść z opozycji zła gruba — dobra gruba. Chcę mówić — nieważne, że gruba. Ważne, że człowiek. To, że jestem gruba, niewiele mówi o mnie jako o człowieku.

Wiele osób próbuje zmienić sposób myślenia o sobie, swoim ciele i krzywdzącym je środowisku. Niejednokrotnie dzieje się tak w następstwie ważnych, czasem traumatycznych wydarzeń, które przyczyniają się do przewartościowania, zmieniają sposób myślenia o tym, co jest naprawdę w życiu ważne.

Wtedy jednak powiedziałam sobie dość! Nie chcę więcej płakać, tylko czerpać radość z życia! Podniosłam się z tego wszystkiego. Teraz jestem mądrzejsza, silniejsza, bardziej pewna siebie. Obiecałam sobie, że już nigdy nie pozwolę się złamać i doprowadzić do takiego stanu jak wtedy.

Ale tym wszystkim uczę się wciąż nie przejmować. Staram się żyć z dnia na dzień, cieszyć się tym życiem, a nie wciąż wytykać sobie, że jestem gruba, więc gorsza i nie zasługuję na nic innego niż pomiatanie.

Więc na razie uczę się cieszyć życiem. Chcę i widzę powód do radości z tego, że ptaki ćwierkają, że motyle latają... no właśnie. Co ma powiedzieć taki motyl? Żyje tylko jeden dzień, a my?

Jednym ze sposobów, dzięki któremu osoby stygmatyzowane mogą chronić poczucie własnej wartości i regulować stresujące emocje związane z piętnem, są porównania społeczne. Strategia ta dostarcza punktu odniesienia czy wzorca, według którego ocenia się siebie i swoje wyniki. Ograniczając swoje porównania społeczne do innych, którzy są podobni — mają tę samą cechę, stygmatyzowaną pozycję — osoby stygmatyzowane mogą chronić się przed narażeniem na porównania „w górę”, tzn. z nie-stygmatyzowanymi innymi i przed potencjalnie przykrymi konsekwencjami emocjonalnymi takich zachowań. Porównania społeczne skierowane „w dół”, tzn. z innymi, którzy są w gorszej sytuacji, mogą także regulować negatywne emocje związane z zagrożeniem. Warto zaznaczyć, iż korzyści emocjonalne wynikające z zestawień z innymi, którzy mają tę samą cechę stygmatyzującą, po części wyjaśniają rozpowszechnienie grup wsparcia dla osób z różnymi niepełnosprawnościami lub wyróżniającymi je cechami¹⁰⁸.

Grubi czasem oglądają siebie nawzajem. Chyba porównują — w każdym razie ja tak robiłam dłuższy czas. Gdy idzie jakaś w twoim kierunku, gdy masz kogoś takiego w klasie, w grupie, w miejscu pracy, w autobusie, na ulicy — patrzysz i porównujesz. Zastanawiasz się, czy wyglądasz tak jak ona, czy lepiej, czy gorzej. Czy jest brzydsza-ladniejsza i jak sobie z tym radzi. Można powiedzieć — no tak, ale która kobieta tego nie robi? Jednak ja bym nadała temu porównaniu inny wymiar, który w tej chwili trudno jest mi uchwycić.

No i to porównywanie się... czy jestem od niej grubsza, czy nie. I ile która schudła... Z jednej strony wkurza mnie to, a z drugiej... może i sama czasem się porównuję z innymi.

Robię sobie krzywdę. Moje dobre koleżanki są chude. Porównuję, sprawdzam, chcę być jak one...

Mam jakąś chorą manię przyglądania się ludziom. Zastanawiam się wtedy, czy są może grubszy ode mnie, czy jednak wciąż jestem najgrubszą znaną mi osobą.

¹⁰⁸ Ibidem, s. 239.

To takie ciągłe porównywanie się do innych, którego ciężko mi się wyzbyc, powodujące zazdrość, gdy ktoś wygląda lepiej, i pocieszenie, gdy gorzej pod jakimś względem.

Stygmatyzowane osoby mogą również radzić sobie z emocjami spowodowanymi stresem związanym z piętnem poprzez zaprzeczenie, iż są obiektami uprzedzenia, lub minimalizowanie stopnia, w jakim są takimi obiektami. Zaprzeczenie dyskryminacji może zatem czasami być strategią adaptacyjną, przynajmniej na krótki czas, w porównaniu z uznaniem siebie za ofiarę i zrezygnowaniem z poczucia kontroli nad swoimi własnymi wynikami¹⁰⁹.

„Usiłowania zmierzające do poradzenia sobie można także rozróżniać na podstawie czasu ich wystąpienia względem pojawienia się stresującego zdarzenia. Radzenie sobie zwykle rozpatruje się jako coś, co ludzie robią, reagując na zdarzenia lub okoliczności, które już wystąpiły, zostały ocenione jako powodujące trudności lub stres. Jednakże radzenie sobie może być także proaktywne. Strategie proaktywne są stosowane w przewidywaniu potencjalnie stresujących zdarzeń. Strategie te mają na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa, że przewidywany problem wyniknie z danej interakcji, lub zwiększenie prawdopodobieństwa, że szacunek dla siebie danej osoby lub jej stan afektywny wyjdą z tej interakcji bez szwanku. Linia podziału między proaktywnym i reaktywnym radzeniem sobie jest czasem niewyraźna. Na przykład, osoba otyła, która w przeszłości spotykała się na plaży z wynikającymi z uprzedzeń uwagami, może w przyszłości unikać chodzenia na plażę, żeby zmniejszyć prawdopodobieństwo ponownego zetknięcia się z uprzedzeniem”¹¹⁰.

Kompletnie nie mam dystansu do siebie, nie lubię, jak ktoś mówi o mnie gruba, choć sama czasem się z tego śmieję. Żeby tylko inni nie mieli się już z czego śmiać. Staram się być zabawną, żeby ukryć pod tym, jak wyglądam.

Analizując zebrany materiał badawczy, zauważono tutaj jeszcze jedną istotną prawidłowość, której wyjaśnienia dostarcza psychologia społeczna i która dotyczy, w kontekście radzenia sobie, postrzeganej przez osobę kontroli swojego piętna. Ważny element tej kontroli polega na kontrolowaniu samego stygmatyzującego stanu. „Ludzie przekonani, że ich stygmatyzujący stan jest możliwy do kontrolowania, są bardziej skłonni do stosowania strategii radzenia sobie, które koncentrują się na zmienianiu siebie

¹⁰⁹ Ibidem, s. 239—240.

¹¹⁰ Ibidem, s. 233.

(np. odchudzanie się). Jednocześnie, wysoki stopień postrzeganej kontroli nad stygmatyzującym stanem może zmniejszać skuteczność radzenia sobie. Przykładowo, studentki mające nadwagę, które zostały odrzucone przez partnera, przypisywały to odrzucenie swojej otyłości, lecz nie obwiniwały partnera za to, że je odrzucił, ponieważ winiły same siebie za swoją nadwagę¹¹¹. Potwierdzają to również wypowiedzi niektórych osób badanych, które winą za swoje niepowodzenia obarczają nadmierną masę ciała. Warto zauważyć, iż skłonność tę przejawiają głównie młode kobiety. Oto przykłady wypowiedzi świadczących o takim sposobie myślenia o sobie i swoim środowisku życia.

Kiedy coś mi nie wyjdzie, ktoś mnie zrani (a to zdarza się coraz częściej), przez głowę przechodzi mi myśl: To dlatego, że jesteś gruba. To siedzi w mojej głowie.

To ja jestem gruba, to moja wina, moje lenistwo, moje zaniechanie. Chłopcy są dla szczupłych, ładnych, zgrabnych. A ja za karę jestem sama. Dobrze mi tak [...]. Bez względu na to, ile ważyłam, zawsze wszystkie swoje niepowodzenia zrzucałam na tuszę.

Na finał tych dwóch związków miał oczywiście wpływ fakt, że nie noszę rozmiaru 38.

Wszystkie moje problemy tłumaczę tym, że jestem gruba. Nie umiem inaczej. I może nie chcę zauważyć nic innego.

Przedstawione rozważania mogą sugerować, że osoby z nadmierną masą ciała to jednostki z problemami funkcjonowania psychicznego i społecznego. Ale przecież należy z całą mocą podkreślić, iż nie wszyscy otyli są niezadowoleni z życia, nie akceptują siebie i mają problemy z szeroko rozumianym funkcjonowaniem. Wiele z nich bardzo dobrze radzi sobie zarówno z faktem bycia osobą otyłą, jak i z reakcjami otoczenia, głównie dzięki akceptacji samego siebie i ogólnemu pozytywnemu podejściu do kwestii masy ciała. Takim osobom zapewne łatwiej jest funkcjonować w życiu codziennym oraz wśród innych ludzi.

Nie odchudzałam się, bo było mi źle i tak strasznie, ale dlatego, że zdrowie mi już nie pozwoliło na tyle kilo, jakie dźwigałam. Byłam szczęśliwa, będąc grubaskiem i jestem szczęśliwa teraz, 13 kilo lżejsza,

¹¹¹ Ibidem, s. 242.

więc jak przytyję znów, czego nie wykluczam, to pewnie będę dalej szczęśliwa.

Można być szczęśliwym, będąc grubaskiem, to zależy tylko od podejścia i silnego charakteru. Mam wielu przyjaciół, nawet jak byłam gruba, to ich miałam, jak się odchudzałam, wspierali mnie, wpadając do mnie z pomarańczami zamiast chipsów.

Można być pięknym od środka i kilogramy nic do tego nie mają.

Nigdy (odkąd pamiętam) nie byłam szczupłą, ani nawet w sam raz, a jednak nie mam kompleksów — i nikt mnie też z tego powodu nie prześladował (tzn. że jestem gruba i takie tam, to słyszałam setki razy i nadal słyszę, ale mam to gdzieś) [...]. Bo to nie chodzi o kilogramy!!! Rzecz w tym, jakie mamy do siebie podejście.

W sumie nigdy nie miałam problemu z tym, że jestem gruba, nie ukrywam faktu, że ważyłam 80 kilo przy wzroście 160, obecnie 67 (schudłam ze względów zdrowotnych), ale pulchne laski są super i jak się komuś nie podoba, to niech nie patrzy.

Każdy z nas jest indywidualnością. Sami w sobie jesteśmy piękni, niezależnie od tego, ile ważymy czy ile mamy wzrostu.

Cóż, wszyscy myślą, że jest mi źle z tym, że mam nadwagę, ale ja jestem szczęśliwa, dobrze się czuję z tego, jaka jestem, mojemu chłopakowi też to nie przeszkadza.

Niestety u mnie problem grubości to problem psychiczny — kiedy schudłam i byłam nareszcie szczupłą — nadal byłam nieszczęśliwa, nadal miałam problemy ze sobą i coś mi przeszkadzało, i czułam się brzydka, nieatrakcyjna, grubsza, leniwsza; ogólnie beznadziejna, więc wcale nie jest tak, że schudnięcie to panaceum na wszystkie smutki człowieka otyłego; ja jestem tego już świadoma i zabieram się do sprawy od innej strony. Tak więc grubość — to przeważnie problem psychiczny, tak ludzi grubych, jak i chudych.

Rzeczywiście, niejednokrotnie otyłość to w dużej mierze kwestia umysłu, sposobu myślenia o swoim ciele.

Niezależnie od wagi zawsze jestem gruba.

Co tu dużo ukrywać — grubość to stan umysłu. A ja w swojej głowie jestem gruba, brzydka i nic niewarta.

Cały problem tkwi w głowie. W psychice. W niskim poczuciu wartości. W poniżaniu grubych ludzi. W zaliczaniu ich do odrębnej kategorii ludzi, która się nazywa GRUBI.

Grubość tkwi w naszej psychice. Reakcja ciała jest tylko skutkiem ubocznym. Nawet jeśli ją zwalczysz, to i tak pojawi się znowu, jeśli nie uleczysz duszy. Niestety nie mam pojęcia, jak to zrobić.

W kontekście przytoczonych wypowiedzi pojawia się pytanie: w jaką sferę funkcjonowania człowieka otyłego należałoby ingerować, aby poprawić jego jakość życia? I czy w ogóle ingerować? Przecież wiele osób z nadmierną masą ciała jest zadowolonych z życia i odchudzanie ich „na siłę” nie miałoby sensu. A jednak wydaje się, iż rzeczywiście psychika człowieka ma tu ogromny wpływ na funkcjonowanie i jakość życia, niezależnie od poziomu masy ciała. Dlatego też warto, aby osoby chcące zredukować masę ciała — oprócz zwiększenia poziomu aktywności fizycznej i racjonalnego żywienia — jednocześnie „zaaplikowały” sobie terapię nakierowaną na przebudowę sposobu myślenia o sobie i wzrost poczucia własnej wartości, szczególnie te, które mają problemy z samooceną i samoakceptacją.

4. Internet jako źródło wsparcia społecznego dla osób z nadmierną masą ciała

„Udział nieprofesjonalistów w opiece zdrowotnej nie jest niczym nowym. Żaden system służby zdrowia, bez względu na możliwości techniczne i finansowe, nie byłby w stanie zastąpić tego, co ludzie robią wzajemnie dla siebie w dziedzinie zdrowia i choroby”¹¹². Grupa daje możliwość doświadczania siebie, przeżywania siebie jako podmiotu społecznego oraz poznawania swoich możliwości i umiejętności interpersonalnych. Te teoretyczne formy definiowania relacji pomiędzy człowiekiem a grupą doczekały się praktycznego zastosowania na szeroką skalę w terapii w latach 40. XX wieku. Nie oznacza to jednak początków terapeutycznych funkcji działania grup spotkaniowych. Skuteczność oddziaływania grupy na jednostkę była

¹¹² I. LINGOWSKA: *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1998, nr 14, s. 21.

wykorzystywana przez uzdrowicieli, przez stosowanie różnorodnych strategii, takich jak: rytuały, obrzędy, procedury lecznicze, w obecności większej liczby osób przez grupę rodzinną, plemienną, terytorialną. Oczekiwania widowni lub uczestników, ich nastawienia, emocje, nadzieja i zaufanie do kompetencji szamana, kapłana, lekarza zwiększały szansę powodzenia w procesie zdrowienia. Działania te niosły z sobą siłę sugestii, która odwoływała się do uczuć pacjenta, wykorzystując fenomen wzrostu i szerzenia się w grupie napięcia afektywnego¹¹³, czyli „zakażenia emocjonalnego”, co wpływało korzystnie na samopoczucie chorego, w tym na jego stany psychofizjologiczne i funkcjonowanie społeczne¹¹⁴. Był to początek formowania się współcześnie rozumianych i funkcjonujących grup wsparcia, opartych na teorii wsparcia społecznego.

Wsparcie społeczne jest rozumiane wieloaspektowo¹¹⁵. Szerokie ujęcie tego pojęcia definiuje je jako „pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych lub jako konsekwencję przynależności człowieka do sieci społecznych”¹¹⁶. Według S. Kawuli, „jest to przede wszystkim pomoc dostępna dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych lub przełomowych, których bez wsparcia innych nie można przezwyciężyć”¹¹⁷. Wsparcie społeczne definiowane jest także jako „rodzaj społecznych interakcji, poprzez które jednostki udzielają sobie nawzajem rzeczywistej pomocy, tworzą sieć kontaktów interpersonalnych i związków towarzyskich, które są spostrzegane i oceniane jako akceptujące, wyrażające troskę i gotowość do niesienia pomocy w potrzebie”¹¹⁸. Problematyka wsparcia społecznego rozpatrywana jest najczęściej w kontekście analiz strukturalnych i funkcjonalnych¹¹⁹:

- 1) **wsparcie społeczne strukturalne** — obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne (zwane także systemami oparcia), które dzięki istnieniu więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną dla osób znajdujących się w trudnej sytuacji. Sieć społeczną jednostka

¹¹³ C. LEVI-STRAUSS: *Antropologia strukturalna*. Przeł. K. POMIAN. Warszawa, KR, 2000.

¹¹⁴ A. MATYJA: *Przyczyny powstawania grupowych form pomocy*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne” 2004, nr 1 (29), s. 151—156.

¹¹⁵ K. PLUSKOTA: *Internetowe sieci wsparcia*. „Edukacja Zdrowotna” 2008, Vol. 6, nr 2, s. 10.

¹¹⁶ H. SĘK: *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Red. D. KUBACKA-JASIECKA, A. LIPOWSKA-TEUTSCH. Kraków, All, 1997.

¹¹⁷ S. KAWULA: *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych*. Toruń, Akapit, 2004.

¹¹⁸ K. KANIASTY: *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańsk, GWP, 2003.

¹¹⁹ H. SĘK, R. CIEŚLAK: *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. SĘK, R. CIEŚLAK. Warszawa, PWN, 2004, s. 11—28.

tworzy przez nawiązywanie interakcji z innymi i pozostawanie z nimi w relacjach wsparcia. Wśród udzielających pomocy można wyróżnić dwa źródła wsparcia, określane mianem źródeł nieformalnych (członkowie rodziny, przyjaciele, sąsiedzi, powiązani relacjami pokrewieństwa i nieformalnych kontaktów społecznych) i formalnych (instytucje zobligowane do udzielania pomocy);

2) **wsparcie społeczne funkcjonalne** — rodzaj interakcji społecznej, która może zachodzić między „dawcą — biorcą” w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej. Analiza funkcjonalna wsparcia społecznego w centrum zainteresowania sytuuje treść pomocy. Parametrami omawianej analizy są typy wsparcia, które zgodnie z najczęściej stosowanym podziałem treści wsparcia dzieli się na:

- **wsparcie emocjonalne** — przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, pozytywny stosunek i empatię w stosunku do osoby wspieranej;
- **wsparcie informacyjne (poznawcze)** — przekazywanie lub wymiana informacji sprzyjających lepszemu zrozumieniu sytuacji lub problemu, dzielenie się własnym doświadczeniem (np. w grupach samopomocy);
- **wsparcie instrumentalne (instruktaż)** — przekazywanie informacji o konkretnych sposobach postępowania lub forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych;
- **wsparcie rzeczowe (materialne)** — pomoc materialna, rzeczowa lub finansowa, a także przekazywanie potrzebującym środków do życia, dożywianie, udostępnianie schronienia itd.;
- **wsparcie duchowe** — pomoc w niektórych sytuacjach krytycznych, bez wyjścia, np. w cierpieniu związanym z sensem życia i śmierci¹²⁰.

Kategoria „wsparcie społeczne” jest obecna również w obszarze pedagogiki społecznej i obejmuje „określone działanie (kompleks czynności) jednych ludzi (jednostek, grup społecznych) wobec innych. [...] jest [to] ukierunkowane (działanie) zorientowane na osoby (jednostki), grupy społeczne (określone zbiorowości), które znalazły się w sytuacji trudnej, uwarunkowanej czynnikami immanentnymi lub zewnętrznymi”¹²¹. Poddając ją analizie, zwraca się uwagę na znaczenie elementów afektywnych i samopomocowych w tej relacji, niekoniecznie nawiązywanej w płaszczyźnie profesjonalnej¹²².

W obrębie grup wsparcia funkcjonują m.in. **grupy samopomocy**, które działają na zasadach symetryczności wsparcia, czyli pomocy wzajemnej

¹²⁰ Ibidem, s. 18—20.

¹²¹ M. WINIARSKI: *Od opieki do wsparcia społecznego*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1999, nr 5, s. 3—9.

¹²² S. KAWULA: *Wsparcie społeczne — kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996, nr 1, s. 6—7.

w odniesieniu do wspólnego problemu¹²³. Samopomoc (*self-help*) jest źródłem nieprofesjonalnych zasobów zdrowia i dotyczy wszystkich działań nieprofesjonalnych, podejmowanych dla promowania zdrowia, podtrzymywania i przywracania go w określonej społeczności. Dziedziny, w których ruchy samopomocy zaczęły odgrywać znaczną rolę, obejmują w szczególności sprawy zdrowia i warunków życia wywierających na nie wpływ¹²⁴. Według A.H. Katza i E.I. Bendera, „grupy samopomocy to dobrowolne, małe struktury grupowe powstałe dla wzajemnej pomocy i dla osiągnięcia konkretnego celu. Zazwyczaj tworzone są przez ludzi, którzy skupiają się dla wzajemnego wsparcia w zaspokajaniu wspólnych potrzeb, w pokonywaniu wspólnych przeszkód czy rozwiązywaniu trudnych życiowych problemów. Ich celem jest dokonanie pożądaných zmian społecznych i/lub osobowościowych”¹²⁵. Tradycyjne grupy samopomocy kładą nacisk na społeczne interakcje „tworzą w twarz” i indywidualną odpowiedzialność swoich członków. Często dostarczają zarówno pomocy materialnej, jak i wsparcia emocjonalnego¹²⁶. W obszarze zdrowia grupy samopomocy zajmują się wszystkimi jego aspektami — zdrowiem umysłowym, społecznym i fizycznym dobrostanem — i mogą pomóc na każdym etapie: od prewencji do codziennej opieki i rehabilitacji. Przyczyniają się one do urzeczywistnienia holistycznego podejścia do indywidualnych problemów — jednostka nie jest postrzegana jako ktoś ze szczególną chorobą wymagającą leczenia, ale jako indywiduum z szerokim wachlarzem potrzeb dotyczących opieki i uwagi¹²⁷. „Grupy samopomocy funkcjonują na dwóch różnych poziomach. Zajmują się one społecznymi i zdrowotnymi potrzebami swoich członków, ale również szerszą polityką zdrowotną i dostarczaniem opieki zdrowotnej. Mają zazwyczaj konkretny korzystny wpływ na swoich członków, stanowiąc ważne źródło społecznego i emocjonalnego wsparcia dla osób z wieloma

¹²³ H. SĘK: *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Red. Z. JUCZYŃSKI, N. OGIŃSKA-BULIK. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003, s. 22.

¹²⁴ E. BOBIATYŃSKA: *Ruchy samopomocy a zdrowie. Ruchy samopomocy a problem zdrowia w nowej sytuacji w Polsce*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI, Z. SŁOŃSKA, B.W. WASILEWSKI. Warszawa, Sanmedia, 1994, s. 364.

¹²⁵ Podano za: I. LINGOWSKA: *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia...*, s. 23.

¹²⁶ I. KICKBUSCH, S. HATCH: *A reorientation of health care?* In: *Self-help and health in Europe*. Eds. S. HATCH, I. KICKBUSCH. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1983. Podano za: I. LINGOWSKA: *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia...*, s. 23.

¹²⁷ A. RICHARDSON: *Health promotion through self-help: the contribution of self-help groups*. In: *Health promotion research*. Eds. B. BADURA, I. KICKBUSCH. Copenhagen, WHO Regional Publications. European series, nr 37, 1991. Podano za: I. LINGOWSKA: *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia...*, s. 26—27.

różnymi chorobami i problemami. Uczestnictwo w takich grupach odgrywa kluczową rolę w umożliwieniu niektórym członkom radzenia sobie i zaakceptowania natury ich choroby. Niektórzy członkowie nabierają pewności siebie, polepszając swoją zdolność do troszczenia się o swoje zdrowie i do promowania zdrowia innych. Grupy samopomocy są ponadto ważnym źródłem informacji, przez co zwiększają zdolność członków do realizowania świadomego wyboru. Niektóre grupy dostarczają także konkretną pomoc w zakresie opieki zdrowotnej w organizowanych przez siebie centrach pomocy dla chorych lub w specjalistycznych poradniach”¹²⁸. Wyraźny jest zatem związek wsparcia społecznego i zdrowia. M.B. Mittelmark¹²⁹ wymienia następujące mechanizmy łączące oba te pojęcia:

- dostarczanie informacji pomagających unikać bardzo ryzykownych i stresujących sytuacji;
- dostarczanie pozytywnych wzorców (modeli);
- zwiększanie poczucia własnej wartości, tożsamości oraz kontroli nad otoczeniem (środowiskiem);
- oddziaływanie za pomocą norm społecznych i kontroli społecznej;
- pomoc materialna;
- wsparcie emocjonalne;
- poczucie dostępności wsparcia;
- „buforowanie” działań innych ludzi w sytuacjach stresu¹³⁰.

Niezwykle ważne jest również to, że działalność w grupach samopomocy rozszerza doświadczenia, rozwija wyobraźnię społeczną i zapobiega niedostrzeganiu potrzeb innych osób czy grup w podobnej sytuacji¹³¹.

Niewątpliwym fenomenem są internetowe grupy wsparcia. Pomysł ich tworzenia w środowisku wirtualnym został zainspirowany działaniem grup samopomocowych w rzeczywistym świecie. W literaturze przedmiotu zostały określone jako „samopomocowe grupy w sieci” (*online self-help groups*)¹³². Według E.J. Madary, „jest wiele czynników leczących działających tak samo

¹²⁸ I. LINGOWSKA: *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia...*, s. 27.

¹²⁹ M.B. MITTELMARK: *Social ties and health promotion: suggestion for population-based research*. „Health Education Research” 1999, no 4, s. 447—451. Podano za: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, PWN, 2008, s. 65.

¹³⁰ Autor ten sygnalizuje też, że oprócz pozytywnych aspektów wsparcia należy brać pod uwagę także jego negatywne aspekty, wiążące się z napięciem społecznym generowanym przez inne osoby (sieci) udzielające wsparcia. Źródłem tego napięcia mogą być: stawianie osobom wspieranym zbyt dużych wymagań, krytykowanie, ingerencja w prywatność, wtrącanie się. Podano za: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 65.

¹³¹ E. BOBIATYŃSKA: *Ruchy samopomocy a zdrowie...*, s. 369—370.

¹³² G. CASTELNUOVO, A. GAGGIOLI, G. RIVA: *Cyberpsychologia spotyka psychologię kliniczną — pojawienie się e-terapii w opiece nad zdrowiem psychicznym*. W: *Internet a psychologia. Możliwości i zagrożenia*. Red. W.J. PALUCHOWSKI. Warszawa, PWN, 2009, s. 269.

online, jak i w grupach pracujących »twarzą w twarz«, takich jak: wsparcie społeczne, praktyczne informacje, dzielenie doświadczenia, pozytywne modele ról, efekt samopomocy¹³³, dawanie poczucia mocy oraz wsparcie profesjonalne¹³⁴. Asynchroniczna (odroczone w czasie) natura internetowych grup wsparcia opartych na wymianie e-maili pozwala na dodatkowe korzyści w postaci: 24-godzinnej dostępności, selektywnego odczytywania i odpowiadania na wiadomości, anonimowości i prywatności, natychmiastowego i/lub odwołanego odpowiadania oraz nagrywania procesu komunikacji. Uczestnicy mogą zapisywać notatki, którymi będą zajmować się później, decydować, w jakie tematy zaangażować się, i przekonać się, że inni uczestnicy grupy nie osądzają ich jedynie na podstawie wyglądu zewnętrznego¹³⁵. Według R.C. Hsiung, „najlepszą opcją wsparcia w sieci jest grupa samopomocowa prowadzona przez profesjonalistę zajmującego się zdrowiem psychicznym. Pomagający skupia się w ten sposób na utrzymywaniu wspierającego środowiska, a członkowie grupy na dawaniu sobie nawzajem wsparcia”¹³⁶.

Strona ta jest moją własną inicjatywą — piszę tu po to, by podzielić się przemyśleniami i przeżyciami. Chciałabym też trafić do ludzi (kobiet?) podobnych do mnie — które borykają się z podobnymi problemami. Mówię tu o dyskryminacji ludzi grubych — kobiet w szczególności — bowiem to od nich „wymaga się” (kto wymaga?) szczególnej dbałości o swoje ciało. Jako płci pięknej — „piękną” (skąd kanony?) niebędącej — odbiera się nam wiele praw.

¹³³ Tzw. zasada terapii pomocowej wyjaśniająca efekt terapeutyczny uzyskiwany w grupach samopomocowych nie tylko przez osobę potrzebującą pomocy, ale także osobę udzielającą pomocy. Por. G. CASTELNUOVO, A. GAGGIOLI, G. RIVA: *Cyberpsychologia spotyka psychologię kliniczną...*, s. 269.

¹³⁴ E.J. MADARA: *Maximizing the potential for community self-help through clearing-house approaches*. „Prevention in Human Services” 1990, no 7, s. 109—138.

¹³⁵ S.A. KING, D. MOREGGI: *Internet therapy and self-help groups — the pros and cons*. In: *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implication*. Ed. J. GACKENBACH. San Diego, Academic Press, 1998, s. 77—109. Podano za: G. CASTELNUOVO, A. GAGGIOLI, G. RIVA: *Cyberpsychologia spotyka psychologię kliniczną...*, s. 270.

¹³⁶ R.C. HSIUNG: *Suggested principles of professional ethics for the online provision of mental health services*. „Telemedicine Journal and E-Health” 2001, no 7, s. 39—45. Podano za: G. CASTELNUOVO, A. GAGGIOLI, G. RIVA: *Cyberpsychologia spotyka psychologię kliniczną...*, s. 270.

W kontekście funkcjonowania wsparcia w społeczności internautów P. Wallace¹³⁷ wskazuje, że użytkownicy sieci zwierają się ze swoich kłopotów, pocieszają się, udzielają sobie rad, służą informacją, stanowiąc jeden z elementów wsparcia społecznego.

Jestem inteligentna, można ze mną rozmawiać na wiele tematów, ale nikt tego nie widzi, poza obrastającym mnie sadłem. Jestem sama ze swoimi wątkami i bardzo cierpię. Tak więc siedzę samotnie w swoich 4 ścianach i piszę do Ciebie. Piszę, bo pragnę wiedzieć, że są inne osoby, takie jak ja.

Nawiązywanie relacji w sieci charakteryzuje się mniejszym poczuciem skrupowania uczestników, gdyż komunikowanie pośrednie w mniejszym stopniu identyfikuje członków spotkań. Wśród cech środowiska internetowego, które mogą sprzyjać niesieniu pomocy i wsparcia w sieci, można w szczególności wymienić:

- **podobieństwa** — ludzie chętniej pomagają tym, których uważają za podobnych do siebie pod względem rasy, kultury, postaw, wieku i innych cech;

Cześć, stronę oglądam od wczoraj... bardzo mnie zaintrygowały artykuły, normalnie odnoszę wrażenie, że ktoś opisuje to, co ja czuję! Dziękuję.

Kiedy czytam zamieszczone na twojej stronie historie, odnajduję w każdej częstkę moich przeżyć, odczuć.

[...] dotarło do mnie, jak podobna jestem do innych otyłych kobiet, jeśli chodzi o psychikę, o pewne schematy myślenia, których nie da się wyplenić...

- **anonimowość** — komunikacja pośrednia nie pozwala na zidentyfikowanie uczestnika relacji, ponieważ informacje udostępniane w sieci nie podlegają weryfikacji;

Odnalazłam na tej stronie samą siebie... pewnie zawsze to wiedziałam, ale nie potrafiłam albo nie miałam z kim się tym podzielić.

¹³⁷ P. WALLACE: *Psychologia Internetu*. Przeł. T. HORNOWSKI. Poznań, Rebis, 2003. Podano za: K. PLUSKOTA: *Internetowe sieci wsparcia...*, s. 14–15.

- **dostępność specjalistycznych informacji i porad** — sieć internetowa stanowi miejsce dostępu do wielu źródeł informacji, które nie wymagają ani ujawniania swojej tożsamości, ani wychodzenia z domu; w sieci można korzystać z wiedzy internautów lub z porad specjalistycznych udzielanych przez profesjonalistów¹³⁸.

Sieć internetowa stanowi również przestrzeń realizacji różnych typów wsparcia społecznego, w tym przede wszystkim:

- **wsparcie informacyjne** — w sieci identyfikowane jest przez korzystanie z informacji zamieszczonych na stronach internetowych; koncentruje się na sferze poznawczej człowieka i pozwala mu na sięganie po wiadomości z wielu dostępnych w sieci dziedzin;

Bardzo się ucieszyłam, że są takie strony, które uczą, jak dobrze żyć, będąc grubym, a nie ciągle nawołują do odchudzania.

- **wsparcie emocjonalne** — identyfikowane poprzez otrzymywanie komunikatów, których treść jest pocieszająca, życzliwa, pokazuje zrozumienie sytuacji internauty; to także korzystanie z grup dyskusyjnych, chatów, gdzie komunikują się osoby określające siebie jako rozumiejące problem i utożsamiające się z nim;

Nie chcę tworzyć tej strony, by „oświecać” masę. Oświećmy się sami — jak to ktoś mądry powiedział. Moim zamierzeniem było stworzenie czegoś w rodzaju grupy wsparcia dla grubych kobiet i dziewczyn — pewno dlatego, że sama takiej grupy bardzo potrzebuję.

Dziękuję. Tyle mogę napisać, bo w końcu znalazłam kogoś, kto nie wstydzi się bycia grubą. Dziękuję za te słowa otuchy. Uważam tę stronę za swoją przyjaciółkę. Aby tak dalej.

Zdecydowanie podniosło mnie na duchu to, że wreszcie poczułam tak naprawdę, że nie jestem sama.

Dzięki za słowa otuchy. Nareszcie ktoś rozumie, że nie chcę być gruba, a jestem. Tysiące diet, prób i nic, a może jeszcze gorzej. Mam już dosyć eksperymentów. Fajnie, że nie jestem sama. Hejka!

- **wsparcie instrumentalne** — oferowane w sieci jako umożliwienie użytkownika informacji o interesującym zagadnieniu ze stron internetowych

¹³⁸ Ibidem.

profesjonalistów, psychologów, z powstających w sieci poradni doradztwa psychologicznego itp.;

- **wsparcie rzeczowe** — sieć pozwala na zgłaszanie zapotrzebowania na określone przedmioty; przez podanie swojego adresu lub konta bankowego można wskazać, gdzie przekazywać dobra rzeczowe i finansowe¹³⁹.

Nikt dzisiaj nie podważa, że Internet może mieć znaczący wpływ na życie społeczne, jednakże pozostają pewne rozbieżności co do natury i wartości tego wpływu. Niezależnie od bardziej lub mniej słusznych argumentów sceptyków Internetu, jego zwolennicy wierzą, że stworzył on nowy i odmienny sposób społecznych interakcji, umożliwiający formowanie się grup i relacji, które inaczej nie mogłyby powstać, tym samym zwiększając społeczną łączność¹⁴⁰.

Dzięki tej stronie zauważyłam, że nie jestem sama i że można mimo wszystko żyć ze swoim ciałem.

Duża różnorodność dostępnych grup poświęconych specjalnym zainteresowaniom jest jednym z nowych aspektów Internetu wniesionych do życia społecznego. Może to być szczególnie ważne dla osób, dla których nie ma żadnych równorzędnych stowarzyszeń poza siecią, a członkostwo i udział w odpowiednich grupach wirtualnych może stać się główną (i bardzo rzeczywistą) częścią życia społecznego danej jednostki¹⁴¹.

XL Pozytywnie daje mi pewne poczucie przynależności do wspólnoty. No i pomaga mi w trenowaniu pozytywnego nastawienia do siebie, w wyrabianiu w sobie dystansu do własnej osoby i do świata.

Dotychczas naukowej analizie poddano dwa główne typy członkostwa w grupach wirtualnych: grupy poświęcone tożsamościom napiętnowanym społecznie i grupy stworzone wyłącznie po to, aby zapewniać wsparcie społeczne przy osłabiających lub zagrażających życiu chorobach¹⁴². Wydaje się, że w odniesieniu do osób z nadmierną masą ciała członkostwo w obu wirtualnych grupach może być w pełni uzasadnione. Z pewnością bycie członkiem mniejszości lub etnicznej grupy społecznej może być piętnem w wielu sytuacjach społecznych. Rasowe, płciowe albo związane z wiekiem cechy są łatwo identyfikowane i tym samym trudne do zatuszowania

¹³⁹ K. PLUSKOTA: *Internetowe sieci wsparcia...*, s. 15–16.

¹⁴⁰ J.A. BARGH, K.Y.A. MCKENNA: *Internet a życie społeczne. W: Internet a psychologia...*, s. 27–28.

¹⁴¹ Ibidem, s. 37–38.

¹⁴² Ibidem, s. 38.

w trakcie tradycyjnie rozumianych interakcji społecznych. Jednakże zdecydowanie łatwiej ukryć je w Internecie¹⁴³.

Ania, lat 21 — grubas. Piszę tak, jak na spotkaniu anonimowych... właśnie grubasów? To chyba niemożliwe — anonimowy grubas? Alkoholika, jeśli nie jest pijany, nie zauważysz — a grubasa? Grubasa — zawsze. Piszę, bo chyba już dorosłam. Dorosłam do tego, by powiedzieć, że jestem gruba! Jeszcze nie głośno, jeszcze nie. Ale już. Najpierw mówię o tym tu — gdzie każdy, kto przeczyta, mniej lub bardziej zrozumie. A dopiero potem osądzi.

Zgodnie z powyższym J. Kang¹⁴⁴ przekonywał, że jedną z potencjalnych korzyści Internetu jest zakłócanie zwrotnego działania stereotypu. Podobnie w przypadku wstydlivych, zniekształcających, napiętnowanych chorób — ludzie poszukują wsparcia w sieci z powodu anonimowości zapewnianej przez grupy internetowe, stąd też społeczne grupy wsparcia w sieci są wyjątkowo wartościowe dla tych osób¹⁴⁵.

Przed komputerem czuję się bezpieczniej, nikt nie wie, jak wyglądam, nie czuję się jak jakieś Ufo, bo mam jakieś 20—30 kilo za dużo, liczy się tylko to, jakie mam poglądy.

Ponadto, zgodnie z opinią M. Fenichela i jego współpracowników — popartą doświadczeniami klinicznymi z pracy w sieci oraz osobistymi doświadczeniami z kontaktów internetowych — „niektóre jednostki są bardziej szczerze, mniej zahamowane i bardziej ekspresyjne, pisząc, a nie rozmawiając twarzą w twarz”¹⁴⁶. Internet może być zatem „płodnym gruntem dla formowania się nowych relacji, szczególnie tych opartych na wspólnych wartościach i zainteresowaniach, a nie na atrakcyjności i wyglądzie, co niejednokrotnie jest normą poza siecią”¹⁴⁷.

Super stronka, w końcu można napisać to, co się czuje, bez względu na to, jak się wygląda...

¹⁴³ Ibidem, s. 40.

¹⁴⁴ J. KANG: *Cyber-race*. „Harvard Law Review” 2000, no 113, s. 1130—1208.

¹⁴⁵ J.A. BARGH, K.Y.A. MCKENNA: *Internet a życie społeczne...*, s. 39.

¹⁴⁶ M. FENICHEL, J. SULER, A. BARAK, E. ZELVIN, G. JONES, K. MUNRO, V. MEUNIER, W. WALKER-SCHMUCKER: *Mity i rzeczywistość pracy klinicznej w Sieci (online)*. W: *Internet a psychologia...*, s. 329.

¹⁴⁷ J.A. BARGH, K.Y.A. MCKENNA: *Internet a życie społeczne...*, s. 44.

Kasiu, bardzo lubię Twoją stronę. W fantastyczny sposób podejmuje jeden z priorytetowych (niestety!) tematów naszych czasów, czyli wygląd.

Przytoczone wypowiedzi użytkowników Internetu pozwalają potwierdzić znaczenie grup wsparcia w sieci dla tych, którzy nie znajdują zrozumienia w swoim środowisku życia. Osoby wypowiadające się na forach internetowych rzeczywiście wydają się bardziej szczere aniżeli w bezpośredniej interakcji. To, co przemawia na korzyść internetowych grup wsparcia, to także coraz większa dostępność tej formy komunikacji. Ważne jest też, że osoby dzielące ten sam problem — w przypadku niniejszych rozważań dotyczy on nadmiernej masy ciała — mogą wymieniać się doświadczeniami, udzielać sobie rad np. w zakresie diety, ćwiczeń fizycznych, doświadczeń społecznych. Z obserwacji jednak wynika, że najważniejsze jest tu poczucie przynależności, wsparcia emocjonalnego i zrozumienia innych osób, którego być może brakuje w najbliższym otoczeniu.

Teraz ważę 77 kilo przy 165 cm. Mam jeden cel w życiu: schudnąć. Wydaje mi się, że jeśli schudnę, wszystko już będzie piękne, łatwe, będę szczęśliwa. Głupie myślenie, wiem. Dlaczego piszę tego mejla? Bo boję się... Boję się i muszę to komuś powiedzieć. Komuś, kto może zrozumie moje rozterki. A może nawrzeszczy na mnie, potrząśnie.

Forumowicze piszą także o konkretnych korzyściach, jakie dała im internetowa grupa wsparcia w szczególnie trudnych dla nich momentach:

Trafiłam na to forum, jak miałam kryzys. Pomogło, postawiło na nogi i pozwoliło uwierzyć w samą siebie.

Prawdę mówiąc, to to forum pozwoliło mi trochę bardziej siebie zaakceptować i dzięki temu postanowiłam w końcu coś ze sobą zrobić.

Mam 17 lat... Cały czas wydaje mi się, że nie wyglądam ok. Ale dzięki tej stronie zrozumiałam, że nie mam się czego wstydzić. To dodało mi pewności siebie... dzięki bardzo.

Przytoczone wypowiedzi pozwalają stwierdzić, że Internet jako narzędzie służące m.in. konstruktywnej komunikacji międzyludzkiej jest niezwykle cennym i ważnym środowiskiem życia nie tylko dla poszukujących pomocy osób z nadmierną masą ciała, lecz także dla wielu innych, borykających się z konkretnymi, trudnymi problemami. W kontekście przeanalizowanych wypowiedzi osób (głównie kobiet) z nadmierną masą ciała słuszna wydaje

się konkluzja, iż uczestnicy internetowych grup wsparcia w największym zakresie poszukują i potrzebują wsparcia emocjonalnego.

Kończąc niniejsze rozważania, warto także zwrócić uwagę, że portale internetowe poświęcone konkretnym problemom pozwalają osobom „z zewnątrz” lepiej poznać i zrozumieć sytuację ludzi zmagających się ze swoimi trudnościami. Jest to szczególnie ważne w przypadku zjawisk, które są źródłem społecznej dyskryminacji i które mogą generować różnorodne stereotypy i uprzedzenia. Przytoczona niżej wypowiedź świadczy o tym, że dzięki wirtualnym grupom wsparcia możliwa jest zmiana poglądów i postaw w stosunku do osób, które różnią się od wykreowanych kulturowo i medialnie norm.

Powiem szczerze, że sama często miałam awersję do ludzi grubych. Przyznaję się do tego, ponieważ czytając niektóre historie, zwłaszcza te dotyczące kompulsywnego głodu, czuję się, jakbym słyszała samą siebie, chociaż moje negatywne przekonania na swój temat mają inne podłoże. Podziwiam autorki (oraz autorów) tych listów za to, że udaje im się przezwyciężyć błędne koło samooskarżania się i spojrzeć na siebie z dystansem. Przyznam, że ta strona mocno zmieniła mój stosunek do osób z nadwagą, bo nigdy przedtem nie myślałam, że bezmyślne komentarze sprawiają tyle bólu i są przeżywane tak mocno...

Podsumowując, dostosowanie nowych mediów do współczesnych warunków funkcjonowania człowieka i zaspokajania jego potrzeb stanowi element pozytywny w zmieniającej się rzeczywistości społecznej. Kontakt pośredni może być satysfakcjonujący w określonych kontekstach życia społecznego człowieka, w których potrzebuje on więzi z resztą społeczeństwa. Zapewne, internautom łatwiej nawiązywać kontakty z innymi użytkownikami sieci, kiedy nie czują się oceniani i obserwowani. I chociaż — jak pisze K. Pluskota — „wirtualne spotkania często nie pozwalają na doświadczanie autentyczności i realności rodzących się w toku spotkania przeżyć, to jednocześnie mogą stanowić korzystne środowisko do przełamywania barier osobistych i uzyskiwania akceptacji innych”¹⁴⁸.

¹⁴⁸ K. PLUSKOTA: *Internetowe sieci wsparcia...*, s. 16.

Rozdział czwarty

Profilaktyka, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna w walce z nadwagą i otyłością jako istotny obszar działań instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych

1. Profilaktyka nadwagi i otyłości w wymiarze indywidualnym i społecznym

Profilaktyka (prewencja, zapobieganie; gr. *phylax* — ‘stróż’) są to „wszystkie działania podejmowane w celu zapobiegania pojawieniu się i/lub rozwojowi niepożądanych zachowań, stanów lub zjawisk w danej populacji. Istotą [...] jest przeciwdziałanie zagrożeniom (w tym chorobom), których wystąpienie lub nasilenie się jest w przyszłości prawdopodobne. Działania profilaktyczne mają zmniejszyć prawdopodobieństwo tych zagrożeń i służą utrzymaniu stanu dotychczasowego. Profilaktyka nie jest domeną medycyny, dotyczy w zasadzie wszystkich sfer życia”¹.

Tradycyjnie wyróżnia się trzy fazy (poziomy, stopnie) działań profilaktycznych²:

- 1) **profilaktyka I fazy** (pierwszorzędowa, pierwotna) — dotyczy całej populacji (lub co najmniej znacznej jej części), obejmuje działania najwcześniejsze, których celem jest uprzedzenie choroby lub zmniejszenie ryzyka jej rozwoju. Ma ona szeroki zakres, do którego należą działania:
— swoiste — zapobieganie konkretnej chorobie, np. szczepienia ochronne;

¹ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, PWN, 2008, s. 127.

² Ibidem, s. 127—128.

- nieswoiste — zapobieganie wielu chorobom, np. aktywność fizyczna, hartowanie, racjonalne żywienie;
- 2) **profilaktyka II fazy** (drugorzędowa, wtórna) — jest ukierunkowana na określoną grupę populacji, ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia jakiejś choroby, czyli adresowana do osób o podwyższonym lub wysokim ryzyku. Celem jej jest wczesne wykrycie objawów choroby i wczesne wdrożenie leczenia. Polega przede wszystkim na wykonywaniu badań profilaktycznych;
- 3) **profilaktyka III fazy** (trzeciorzędowa, działania rehabilitacyjne, rewalidacyjne, reedukacyjne) — ukierunkowana na osoby przewlekłe chore lub niepełnosprawne. Celem jej jest zapobieganie dalszym, niepomyślnym skutkom chorób lub niepełnosprawności.

Należy zwrócić uwagę, że tradycyjny podział na trzy stopnie profilaktyki jest nieostry, tzn. nie zawiera jasnych granic między profilaktyką i leczeniem. Z powodu trudności w odgraniczeniu profilaktyki od leczenia ten klasyczny podział został więc zakwestionowany³.

Nowe rozróżnienie również dzieli profilaktykę na trzy poziomy⁴. Kluczem do jego zrozumienia jest charakterystyka grupy, do której są adresowane działania profilaktyczne. Z uwagi na adresatów dzielą się one na:

- 1) **profilaktykę uniwersalną** — ukierunkowaną na całą populację, czyli do wszystkich bez względu na stopień ryzyka występowania problemów zdrowotnych;
- 2) **profilaktykę selektywną** — ukierunkowaną na grupy ryzyka. Są to działania adresowane do grup, o których wiadomo, że ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe niż przeciętnie ryzyko wystąpienia problemów psychicznych, zachowania czy zdrowotnych;
- 3) **profilaktykę wskazującą** — ukierunkowaną na wybrane jednostki narażone na wysokie ryzyko chorób lub innych problemów psychicznych. Ten poziom działań jest adresowany do jednostek, które bądź są z powodów biologicznych lub społecznych zagrożone podwyższonym ryzykiem wystąpienia problemów lub zaburzeń psychicznych, bądź demonstrować już pierwsze objawy problemów/zaburzeń⁵.

³ Ibidem, s. 489.

⁴ K. OSTASZEWSKI: *Nowe definicje poziomów profilaktyki*. „Remedium” 2005, nr 2, s. 1—3. Podano za: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 490.

⁵ Warto zaznaczyć, że omawiane zmiany porządkują i precyzują obszary działań z zakresu profilaktyki, aczkolwiek nadal nie udaje się w pełni uniknąć kontrowersji związanych z przenikaniem się działań z zakresu profilaktyki i leczenia. Por. B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 491.

Na podstawie przedstawionych poziomów profilaktyki sformułowano własne propozycje działań zapobiegawczych w kontekście problemu nadmiernej masy ciała.

Profilaktyka uniwersalna — działania w stosunku do całej populacji:

- 1) propagowanie racjonalnego odżywiania się za pośrednictwem:
 - medialnej kampanii społecznej;
 - ulotek informacyjnych na temat korzyści zdrowotnych wynikających z racjonalnego odżywiania się;
 - przedszkoli i szkół promujących zdrowie, w tym zdrowe odżywianie się, kształtujących od najwcześniejszych lat prozdrowotne nawyki żywieniowe;
 - prelekcji, pogadanek i konkursów związanych z propagowaniem zdrowego sposobu żywienia;
- 2) popularyzacja form aktywnego spędzania czasu wolnego i aktywności fizycznej przez:
 - zwiększoną liczbę godzin wychowania fizycznego w szkołach oraz uatrakcyjnienie prowadzonych zajęć;
 - pozalekcyjne zajęcia fizyczne, szczególnie w postaci gier zespołowych i konkursów;
 - refundację (częściową bądź w całości) przez pracodawców karnetów na wybrane zajęcia fizyczne dla pracowników w zamian za korzystne dla pracodawców rozwiązania podatkowe.

Profilaktyka selektywna — działania w stosunku do osób o genetycznym/rodzinnym obciążeniu otyłością (i skorelowanymi z nią schorzeniami) oraz osób z postępującą nadwagą:

- 1) popularyzacja badań profilaktycznych wśród osób z istniejącą nadwagą i grup podwyższonego ryzyka, z uwzględnieniem badań laboratoryjnych w zakresie poziomu glukozy, cholesterolu, trójglicerydów oraz pomiarów ciśnienia tętniczego, wzrostu masy ciała z wyliczeniem wskaźnika BMI (szczególną rolę ma tu do odegrania lekarz pierwszego kontaktu);
- 2) przeprowadzanie w szkołach i przedszkolach badań przesiewowych wśród dzieci i młodzieży pod kątem nadmiernej masy ciała;
- 3) organizowanie przez instytucje ochrony zdrowia i inne podmioty dni bezpłatnych badań profilaktycznych i porad specjalistów w zakresie zdrowego trybu życia, sposobów zapobiegania i radzenia sobie z nadmierną masą ciała (dietetycy, lekarze, psychologowie, trenerzy, edukatorzy zdrowia);
- 4) upowszechnianie różnych form aktywności fizycznej, szczególnie wśród osób z niższych warstw społecznych⁶, poprzez oferowanie bezpłatnych

⁶ Populacja osób z niższych warstw społeczno-ekonomicznych jest szczególnie zagrożona otyłością ze względu na niską świadomość związaną z profilaktyką nadmiernej

zajęć fizycznych; zadanie to należałoby do miejskich ośrodków promocji zdrowia, ośrodków pomocy rodzinie oraz jednostek samorządowych.

Profilaktyka wskazująca — działania terapeutyczne skierowane do osób otyłych oraz mające na celu przeciwdziałanie zdrowotnym i psychospołecznym skutkom nadmiernej masy ciała:

- 1) podejmowanie kompleksowych działań leczniczych wobec osób z otyłością przez wyspecjalizowane w tym zakresie ośrodki zdrowia;
- 2) tworzenie dla osób otyłych grup wsparcia ukierunkowanych głównie na: uczenie nowych nawyków żywieniowych; wspólną aktywność fizyczną; wsparcie i pomoc psychologiczną; przeciwdziałanie izolacji społecznej i stereotypowym poglądom na temat otyłości; umożliwianie kontaktu ze specjalistami w dziedzinie metabolizmu, otyłości, zdrowej diety; ukazywanie pozytywnych wzorców i przykładów osób, które odniosły sukces w terapii otyłości;
- 3) organizowanie w szkołach i świetlicach atrakcyjnych zajęć fizycznych dla dzieci i młodzieży z problemem nadmiernej masy ciała;
- 4) umożliwienie osobom otyłym aktywności fizycznej i rozpowszechnienie wśród nich tej idei dzięki ofercie bezpłatnych zajęć fizycznych, finansowanych przez np. wydziały zdrowia urzędów miast, miejskie ośrodki zdrowia, samorządy terytorialne;
- 5) dążenie do zaangażowania całej rodziny w proces terapii osoby z nadmierną masą ciała;
- 6) ocena przebiegu terapii i jej wyników przez jednostki/ośrodki zlecające leczenie.

Warto zauważyć, iż aby podane propozycje działań profilaktycznych mogły zostać wprowadzone w życie, konieczna jest współpraca wielu sektorów życia publicznego oraz motywacja osób z nadmierną masą ciała do zmiany wadliwych nawyków nie tylko w celu redukcji masy, ale także pomnażania zdrowia i poprawy jakości życia.

Współcześnie podkreśla się ogromną rolę profilaktyki wielu chorób cywilizacyjnych, w tym również celowość zapobiegania nadwadze i otyłości, przede wszystkim za pomocą zdrowej diety i zwiększonej aktywności fizycznej. „Profilaktyczne programy dotyczące zmiany diety sugerują najczęściej wzrost ilości spożywanych warzyw i owoców, zmniejszenie konsumpcji nasyconych kwasów tłuszczowych przy jednoczesnym dbaniu o to, aby spożywać nienasycone kwasy tłuszczowe. Natomiast interwencje mające na celu zwiększenie poziomu aktywności fizycznej dostarczają podstawowych informacji na temat efektów różnych rodzajów ćwiczeń oraz ich wpływu na

masy ciała i chorób z nią skorelowanych oraz z uwagi na brak środków na podejmowanie zorganizowanych, atrakcyjnych form aktywności fizycznej i relatywnie niskie ceny niesprzyjających zdrowiu produktów żywnościowych.

metabolizm. Poza edukacją w zakresie diety lub aktywności fizycznej, która jest nieodzownym elementem takich programów prewencyjnych, również psychologowie dążą do wpływania na postawy, przekonania i spostrzeganie siebie w taki sposób, aby zwiększyć prawdopodobieństwo inicjacji i utrzymania pożądanej diety czy ćwiczeń⁷. Analogicznie do psychologicznych strategii leczenia nadmiernej masy ciała i w kontekście oddziaływań profilaktycznych wyróżnia się także: interwencje ateoretyczne, interwencje wieloczynnikowe oparte na teorii społeczno-poznawczej, na modelu trans-teoretycznym, teorii implementacji intencji i na elementach koncepcji poznawczo-behawioralnej. Podejścia do prewencji nadwagi i otyłości mogą się różnić pewnymi kwestiami proceduralnymi, np. osobą, która przeprowadza interwencje (edukator lub specjalista do spraw zdrowia publicznego, lekarz pierwszego kontaktu, psycholog), czy miejscem, w którym te interwencje są przeprowadzane (gabinet lekarza pierwszego kontaktu, Internet, gabinet psychologiczny)⁸.

W badaniach wśród zdrowych osób dorosłych nad działaniami służącymi zmianie diety jednoznacznie podkreśla się, że edukacja na temat tego, jaka dieta jest korzystna i w jaki sposób należy ją zmienić, jest niezbędnym, bazowym składnikiem każdej podejmowanej interwencji⁹. Dlatego też np. interwencjom społeczno-poznawczym towarzyszą programy edukacyjne dotyczące tego, jak i dlaczego warto zmienić dietę. Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą, do wzmacniania własnej skuteczności, ćwiczenia umiejętności regulacji wewnętrznej (takich jak wybieranie celów) jest potrzebna zdolność panowania nad własnymi działaniami, obserwacja modeli i perswazja ze strony autorytetów. Osoby zajmujące się projektowaniem i ewaluacją interwencji zauważyły, że wszystkie te doświadczenia można przede wszystkim nabywać w grupie¹⁰. „W grupie bowiem ma się możliwość obserwowania innych osób, które działają zgodnie z wyznaczonymi celami, możliwość słuchania perswazyjnych komentarzy innych uczestników grupy oraz samodzielnego odgrywania roli modelu, opowiadając o własnych doświadczeniach. Uczestnictwo w grupie umożliwia również budowanie innych przekonań o własnej skuteczności, tzw. skuteczności kolektywnej,

⁷ A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa, PWN, 2007, s. 159.

⁸ Ibidem, s. 159—160.

⁹ P. VAN ASSEMA, G. RONDA, M. STEENBAKKERS, M. QUAEDVLIEG, J. BRUG: *The reach of a computer-tailored nutrition education program in the Dutch heart health community intervention "Hartslag Limburg"*. "Journal of Nutrition Education and Behavior" 2006, no 38, s. 293—297. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 159—161.

¹⁰ R.A. WINETT, E.S. ANDERSON, J.A. WHITELEY, J.R. WOJCIK, L.S. ROVNIK, K.D. GRAVES, D.I. GAPER: *Church-based health behavior programs: Using social cognitive theory to formulate interventions for at-risk populations*. "Applied and Preventive Psychology" 1999, no 8, s. 129—142. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 165.

która dotyczy wierzeń o zdolności grupy do wspólnego przezwyciężenia barier i osiągania wyznaczonych celów”¹¹. Te przekonania sprzyjają zaś osiąganiu indywidualnych celów i wpływają na jednostkowe przekonania o własnej skuteczności¹².

Promocja zdrowego odżywiania, szczególnie dzieci i młodzieży, staje się kwestią niezwykle ważną w obszarze zdrowia publicznego. W kontekście zapobiegania nadwadze i otyłości coraz częściej zwraca się uwagę na czynniki społeczno-środowiskowe jako te, które w znacznym stopniu kształtują zachowania żywieniowe młodego pokolenia. Przeprowadzony przez K. van der Horst i współpracowników systematyczny przegląd czynników środowiskowych, które mogą wpływać na zachowania dietetyczne sprzyjające otyłości wśród dzieci i młodzieży, sugeruje, że „sposób odżywiania się rodziców i rodzeństwa oraz poziom wykształcenia rodziców są środowiskowymi determinantami najbardziej konsekwentnie powiązanymi z odżywianiem się”¹³. Oznacza to, że twórcy strategii interwencji prewencyjnych powinni brać pod uwagę nawyki żywieniowe rodziców i jeśli okazują się nieprawidłowe, wskazywać na te zachowania, które z punktu widzenia dietyki są pożądane. Bardzo istotne jest również motywowanie rodziców do dawania dobrego przykładu w zakresie prezentowanych wzorców żywieniowych oraz uświadomienie im, jak ważną odgrywają rolę w edukacji żywieniowej swoich dzieci.

Bez wątpienia, niezwykle ważną kwestią powiązaną z zapobieganiem nadmiernej masie ciała jest regularna aktywność fizyczna¹⁴. Przykładem działań ukierunkowanych na wzrost aktywności fizycznej ogółu populacji jest powołana w Stanach Zjednoczonych grupa The Activity Counseling

¹¹ A. BANDURA: *Self-efficacy mechanism in human agency*. “American Psychologist” 1982, nr 37. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 165.

¹² A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 165.

¹³ K. VAN DER HORST, A. OENEMA, I. FERREIRA, W. WENDEL-VOS, K. GISKE, F. VAN LENTHE, J. BRUG: *A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth*. “Health Education Research” 2007, Vol. 22, no 2, s. 203—226.

¹⁴ Dlatego też w ostatnich latach w niektórych krajach (Wielka Brytania i Holandia) lekarze mogą przepisywać recepty na ćwiczenia fizyczne (pacjent otrzymuje pokrywany przez ubezpieczyciela wstęp na dobrane sesje ćwiczeń w klubach *fitness*). Wiadomo już, że przepisywanie czy zalecanie przez lekarza ćwiczeń fizycznych prowadzi do wzrostu częstotliwości aktywności fizycznej przeciętnie o ok. 10% i poprawy wydolności sprawności fizycznej o 5—10%. Szacunki te są oparte na 22 badaniach. Można też spodziewać się, że recepty na ćwiczenia prowadzą do częstszej aktywności fizycznej przez ok. 6—12 miesięcy. Autorzy przeglądu podsumowują jednak, że efektywność takich działań jest niewielka oraz że wiele problemów pozostaje do wyjaśnienia (np. koszty finansowe takich programów, odmowa i niewykorzystanie recept przez pacjentów). Najpoważniejszym jednak zarzutem jest brak informacji na temat długoterminowej efektywności interwencji. Por. J.B. SØRENSEN, T. SKOVGAARD, L. PUGGAARD: *Exercise on prescription in general practice: A systematic review. Scandinavian*. “Journal of Primary Health Care” 2006, 24, s. 69—74. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 197.

Group, która dociera do ludzi za pośrednictwem lekarzy pierwszego kontaktu i przygotowuje interwencje mające na celu budowanie własnej skuteczności i aktywnego trybu życia¹⁵. W ramach omawianej strategii porad udzielają lekarze oraz przeszkoleni edukatorzy, a odbiorcami są głównie osoby dorosłe prowadzące siedzący tryb życia. Program ten nazwano ACT (*activity counseling trial*) i składa się on z trzech wersji:

- 1) porada (*advice arm*) — przeszkoleni lekarze zalecają swoim pacjentom, że co najmniej 5 razy w tygodniu przez 30 minut powinni oni angażować się w umiarkowaną aktywność fizyczną lub 3 razy w tygodniu wykonywać intensywne ćwiczenia co najmniej przez pół godziny. Bezpośrednio po wizycie u lekarza pacjent jest odsyłany na konsultację do edukatora, który udziela porady i przekazuje materiały wyjaśniające zagadnienia dotyczące zalecanej aktywności, jej rodzaju, tego, ile kalorii można spalić, wykonując dane ćwiczenia. Ta wersja nie przewiduje żadnych komponentów interwencji psychologicznej;
- 2) pomoc i wsparcie (*assistance arm*) — uzupełnienie wersji pierwszej, stanowi 30–40-minutową interwencję, w ramach której uczestnicy oglądają film przedstawiający podobne im osoby ustalające własne cele w zakresie aktywności fizycznej i przygotowujące swój plan tej aktywności (jakie ćwiczenia będą wykonywać). Po tygodniu od pierwszej wizyty edukatorzy dzwonią do pacjentów, przypominając im o aktywności fizycznej oraz chcąc uzyskać informacje dotyczące ich trybu życia w ostatnim tygodniu. Co miesiąc do uczestników programu są rozsyłane biuletyny zawierające informacje na temat znaczenia wytyczania sobie celów, sposobu ich wybierania i monitorowania własnego zachowania. Aby ułatwić monitorowanie, rozdaje się elektroniczne liczniki przebytych kroków. Uczestnicy wypełniają również karty aktywności fizycznej (m.in. zapisując liczbę przebytych dziennie kroków) i przesyłają je raz w miesiącu do edukatorów, którzy następnie telefonują, aby udzielić informacji zwrotnej dotyczącej aktywności fizycznej i postępu w osiągnięciu celów. To buduje przekonania o skutecznym działaniu;
- 3) doradztwo (*counselling arm*) — oprócz wymienionych już działań, dodatkowo, edukatorzy przez 6 tygodni telefonują do uczestników co tydzień, a następnie przez kolejnych 11 miesięcy raz w miesiącu. W czasie rozmowy uczy się pacjentów oceniać własne postępy w odniesieniu do wyznaczonego wcześniej celu. Wzmacnia się także skuteczność, analizując sposoby rozwiązywania problemów, jakie klienci wybrali, aby pokonać bariery na drodze do osiągnięcia założonych zamierzeń.

¹⁵ *Effects of physical activity counseling in primary care. The Activity Counseling Trial: a randomized controlled trial.* "Journal of the American Medical Association" 2004, no 286, s. 677–687. Podano za: A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 200.

Analiza efektywności takiej interwencji, przeprowadzona za pomocą randomizowanych badań kontrolowanych, wykazała wyższość drugiej i trzeciej wersji programu nad samą edukacją (wersja pierwsza). Po 2 latach u osób uczestniczących w drugiej lub trzeciej wersji programu zaobserwowano pozytywne zmiany w wydolności sercowo-naczyniowej w porównaniu z osobami, które otrzymywały wyłącznie poradę¹⁶.

Otyłość jest nie tylko chorobą samą w sobie, ale również stanowi czynnik ryzyka wielu innych schorzeń, takich jak np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał, udar, nowotwory złośliwe. Jej leczenie jest bardzo trudne i kosztowne. Z wymienionych powodów Światowa Organizacja Zdrowia i Rada Europy podejmują działania w zakresie opracowania i wdrażania programów poprawy sposobu żywienia populacji i podniesienia poziomu aktywności fizycznej, albowiem nieracjonalne odżywianie i mała aktywność fizyczna to główne czynniki prowadzące do nadmiernej masy ciała.

Wśród najważniejszych strategii i działań w zakresie przeciwdziałania nadwadze i otyłości oraz innym chorobom przewlekłym poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną należy wymienić:

- Globalną Strategię WHO dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia (2004);
- Europejską Kartę Walki z Otyłością (2006);
- Białą Księgę *Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością* (2007);
- Grupę Roboczą Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej Komisji Europejskiej (High Level Group on Nutrition and Physical Activity HLG, 2008)¹⁷.

Globalna Strategia WHO dotycząca żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia została przyjęta na 57. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia 22 maja 2004 roku i „wzywa kraje członkowskie do rozwinięcia, wdrożenia i ewaluacji działań na rzecz poprawy stanu zdrowia społeczeństw poprzez promocję zdrowego żywienia, racjonalne żywienie, żywność bezpieczną dla zdrowia i wzrost aktywności fizycznej. Wskazuje też na konieczność wypracowania w każdym kraju członkowskim konsekwentnej prozdrowotnej polityki żywieniowej, korzystnej dla poprawy zdrowia całego społeczeństwa”¹⁸.

Europejska Karta Walki z Otyłością „podpisana została przez ministrów zdrowia i delegatów 48 krajów Regionu Europejskiego WHO w trakcie Europejskiej Ministerialnej Konferencji WHO nt. walki z otyłością

¹⁶ A. ŁUSZCZYŃSKA: *Nadwaga i otyłość...*, s. 201—202.

¹⁷ M. JAROSZ: *Światowe, europejskie i rządowe strategie poprawy zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*. W: *Praktyczny podręcznik dietetyki*. Red. M. JAROSZ. Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia, 2010, s. 16—17.

¹⁸ Ibidem, s. 17.

(15—17.11.2006), wspólnie z Dyrektorem Regionalnym WHO w Europie i w obecności Europejskiego Komisarza ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Sygnatariusze Karty zadeklarowali zaangażowanie na rzecz intensyfikacji działań dotyczących zwalczania otyłości, zgodnie z postanowieniami Karty, oraz umieszczenie tego zagadnienia wśród najważniejszych spraw w programach politycznych poszczególnych rządów. Wezwali wszystkich partnerów i zainteresowane strony do podjęcia bardziej zdecydowanych działań na rzecz zwalczania otyłości. Zwrócili uwagę na konieczność poszukiwań innowacyjnych rozwiązań, dostosowanych do warunków lokalnych i podejmowania nowych badań nad niektórymi zagadnieniami, które pomogą zwiększyć efektywność prowadzonej polityki¹⁹.

Biała Księga *Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością*²⁰ została zatwierdzona przez Radę Unii Europejskiej (8.06.2007), ma na celu stworzenie zintegrowanej europejskiej strategii, która przyczyniłaby się do zmniejszenia problemów zdrowotnych spowodowanych niewłaściwym odżywianiem, nadwagą i otyłością. „Nawiązuje w treści do inicjatyw Komisji Wspólnot Europejskich, m.in. Zielonej Księgi *Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej: europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym*. Powinno się to osiągnąć w krajach europejskich poprzez zapewnienie zrównoważonego i bezpiecznego dla populacji środowiska podaży żywności oraz opracowanie i wdrożenie programów pomocy grupom zwiększonego zagrożenia chorobami przewlekłymi”²¹.

Grupa Robocza Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej Komisji Europejskiej wdraża, rozwija i integruje przyjęte działania i standardy w krajach europejskich (m.in. na podstawie Europejskiej Karty Walki z Otyłością, Białej Księgi *Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością*). Poza tym grupa ta prowadzi w poszczególnych państwach Unii Europejskiej monitoring postępów w zakresie poprawy żywienia i aktywności fizycznej populacji europejskiej. W tym celu w każdym z krajów członkowskich został utworzony Krajowy Punkt Kontaktowy ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej (National Information Focal Point for Nutrition and Physical Activity). W Polsce punkt taki działa przy Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie²².

Niezwykle ważnym dokumentem, o którym — w kontekście ogólnosięwiatowych strategii przeciwdziałania nadwadze i otyłości — nie sposób nie wspomnieć, jest opracowanie Światowej Organizacji Zdrowia *The challenge*

¹⁹ Ibidem.

²⁰ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PL:PDF> [data dostępu: 28.01.2009].

²¹ M. JAROSZ: *Światowe, europejskie i rządowe strategie...*, s. 25—34.

²² Ibidem, s. 21.

of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, przygotowane na konferencję, która odbyła się w Turcji w 2006 roku. Zawiera ono informacje na temat dotychczas podejmowanych i aktualnych działań w różnych krajach, jak również wskazuje na różnorodne czynniki, które powinny zostać wzięte pod uwagę, a następnie zmodyfikowane w celu polepszenia istniejącej sytuacji, i w efekcie prowadzić do zmniejszenia powszechności występowania nadwagi i otyłości. Autorzy dokumentu twierdzą, iż aby poprawić zwyczaje żywieniowe i spowodować wzrost aktywności fizycznej, pierwsze kroki powinny być skierowane przede wszystkim na taki poziom społeczny, w obrębie którego zostaną stworzone warunki sprzyjające zdrowym nawykom żywieniowym i aktywności fizycznej w celu ułatwienia adaptacji do zdrowego stylu życia. Doświadczenie pokazuje bowiem, że ludzie częściej dokonują „zdrowszych” wyborów, jeśli są wspierani przez otaczające środowisko. Promocja zdrowia skierowana wyłącznie do indywidualnych osób, bez oddziaływania na warunki społeczno-środowiskowe związane ze zdrowiem, nie prowadzi do osiągnięcia zaplanowanych efektów i może spowodować wzrost nierówności w sferze zdrowia. Za priorytetowe więc powinno się uważać społeczności żyjące w niekorzystnych warunkach socjalnych oraz ludzi młodych²³.

Warto także wspomnieć o innych ogólnoświatowych i europejskich działaniach, jakie podejmowano w odniesieniu do najważniejszych czynników ryzyka otyłości — niezdrowej diety i niskiego poziomu aktywności fizycznej. Wśród nich są²⁴:

- Platforma EU dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia (The EU Platform on Diet, Physical Activity and Health) — została stworzona w 2005 roku jako forum współpracy angażujące osoby z komercyjnych, profesjonalnych, konsumenckich i innych cywilno-społecznych organizacji i środowisk. Program obejmuje szereg spotkań i szkoleń. Po jego uruchomieniu Komisja Europejska wydała Zieloną Księgę dotyczącą promocji zdrowej diety i aktywności fizycznej jako część publicznej dyskusji na temat tego, w jaki sposób zmniejszyć poziom otyłości i zapobiegać skojarzonym z otyłością chorobom niezakaźnym w krajach Unii Europejskiej;
- Europejska strategia przeciwdziałania i kontroli chorób niezakaźnych (The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases) — została przyjęta przez Europejski Regionalny Komitet Światowej Organizacji Zdrowia we wrześniu 2006 roku. Niniejszy dokument proponuje wszechstronną strategię zawierającą jednocześnie

²³ *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Ed. World Health Organization. Dostępne w Internecie: http://www.euro.who.int/Document/NUY/Instanbul_conf_edoc06.pdf [data dostępu: 14.08.2008].

²⁴ Ibidem.

- promocję zdrowia na poziomie populacji oraz zapobiegające chorobom programy, których celem są jednostki z grup dużego ryzyka²⁵;
- **Globalna strategia dotycząca karmienia niemowląt i małych dzieci WHO (The WHO Global Strategy for Infant and Young Child Feeding)** — zaleca wyłącznie karmienie piersią do 6. miesiąca życia dziecka, a następnie stopniowe wprowadzanie bezpiecznego i komplementarnego pożywienia. Z uwagi na udowodnione powiązania pomiędzy karmieniem niemowląt a wczesnym rozwojem otyłości zastosowanie tej strategii jest szczególnie ważnym zadaniem. Komisja Europejska opublikowała również *Projekt promujący naturalne karmienie w Europie (Blueprint for Action on the Promotion of Breastfeeding in Europe)* w uznaniu dowodów świadczących o tym, iż karmienie piersią zmniejsza ryzyko chorób oraz może oddalić niebezpieczeństwo późniejszej otyłości i wywierać pozytywne efekty „dla matek, rodzin, społeczności, zdrowotnego i socjalnego systemu, dla środowiska i generalnie dla społeczeństwa”²⁶;
 - **Europejska strategia zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży (The European strategy for child and adolescent health and development)** — zaakceptowana przez Komitet Regionalny WHO dla Europy we wrześniu 2005 roku. Jako podstawę zdrowego rozwoju faworyzuje szczególnie odpowiednie żywienie oraz podkreśla potrzebę zapobiegania otyłości wśród dzieci w wieku szkolnym przez podejmowanie działań międzysektorowych;
 - **Europejski program działań w zakresie zdrowia i środowiska dzieci (The Children’s Environment and Health Action Programme for Europe)** — przyjęty w roku 2004, zobowiązuje kraje europejskie do działań zmierzających do zmniejszenia śmiertelności wynikającej z niewystarczającego poziomu aktywności fizycznej. Działania te to promowanie bezpiecznego i wspierającego środowiska życia dla wszystkich dzieci²⁷;
 - **Europejski program transportu, zdrowia i środowiska (The Transport, health and environment European programme)** — przyjęty w 2002 roku, zobowiązuje państwa do podjęcia kroków w celu promocji i poprawy bezpieczeństwa na drogach, czyli propagowania aktywnych form przemieszczania się, takich jak jazda na rowerze i spacer, ze szczególnym zwróceniem uwagi na bezpieczeństwo dzieci²⁸.

²⁵ Zwiększają one również poziom społecznej współpracy w zakresie leczenia chorób niezakaźnych oraz zintegrowanych działań w kontekście czynników ryzyka i ich determinantów, łącznie z wysiłkami, aby wzmacniać systemy zdrowia (poprawa systemu prewencji i kontroli).

²⁶ *The challenge of obesity...*, s. 52. Tłumaczenie — K.L.

²⁷ W szczególności zaleca zapewnienie bezpiecznych dróg, przyjaznych dzieciom miast oraz bezpiecznych i dostępnych miejsc służących pozytywnej interakcji społecznej, zabawom i uprawianiu sportów.

²⁸ *The challenge of obesity...*, s. 52—53.

Na szczeblu krajowym również podejmowane są inicjatywy i działania mające na celu profilaktykę nadmiernej masy ciała. Narodowa strategia poprawy jakości zdrowotnej żywności i żywienia, która dotyczy zwalczania chorób żywieniowo zależnych, w tym otyłości, została opracowana w formie **Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH)**. Program został zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia do realizacji w latach 2007—2011 (I etap) w celu:

1) zmniejszenia:

- częstości występowania nadwagi i otyłości (głównie na drodze żywieniowej);
- zachorowalności i umieralności na przewlekłe choroby niezakaźne w Polsce;
- wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem przewlekłych chorób niezakaźnych, a w tym szczególnie otyłości i jej powikłań;

2) zwiększenia:

- świadomości społeczeństwa zarówno na temat roli, jaką odgrywa żywienie i aktywność fizyczna w profilaktyce nadwagi i otyłości, przewlekłych chorób niezakaźnych, jak i roli modyfikacji modelu żywienia;
- poprawy żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkołach;
- prewencji nadwagi i otyłości w podstawowej opiece zdrowotnej.

Program POL-HEALTH opiera się na działaniach na rzecz zwiększenia świadomości społeczeństwa na temat żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu otyłości, przewlekłym chorobom niezakaźnym, chorobom układu krążenia, cukrzycy, osteoporozie i nowotworom. Zakłada on podjęcie w tym zakresie edukacji różnych grup społecznych, w tym grup zawodowo związanych z ochroną zdrowia oraz nauczaniem dzieci i młodzieży²⁹.

Kolejnym ważnym dokumentem jest *Karta żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w szkole*, która została podpisana 14 listopada 2007 roku przez Rzecznika Praw Obywatelskich i dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia jako lidera programu POL-HEALTH. Główne jej punkty to: zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów, a także odpowiednich i bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej we wszystkich szkołach; wprowadzenie kontroli masy i wysokości ciała; monitoring sprawności fizycznej dzieci. Karta stanowi też formę realizacji praw dzieci i młodzieży do zdrowia i harmonijnego rozwoju, zapisanych w *Konwencji o prawach dziecka*³⁰.

²⁹ M. JAROSZ: *Światowe, europejskie i rządowe strategie...*, s. 21—22.

³⁰ Ibidem, s. 22.

W kontekście niniejszych rozważań warto również przypomnieć, iż dokumentem, którego celami są m.in. profilaktyka nadwagi i otyłości przez poprawę sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności (cel operacyjny nr 3) oraz wzrost aktywności fizycznej ludności (cel operacyjny nr 4), jest *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007—2015*³¹. Zgodnie z nim, do roku 2015 oczekuje się następujących efektów:

- 1) taki spadek zawartości tłuszczu w diecie, aby stanowił on mniej niż 30% wartości energetycznej, oraz dalsza poprawa w strukturze spożycia tłuszczów jadalnych;
- 2) zwiększenie spożycia ryb;
- 3) wzrost spożycia owoców, warzyw, roślin strączkowych, produktów pełnoziarnistych, przetworów mlecznych o obniżonej zawartości tłuszczu;
- 4) zmniejszenie spożycia cukru;
- 5) zmniejszenie spożycia soli kuchennej;
- 6) umożliwienie spożywania posiłku w trakcie pracy, szczególnie w szkołach, i wzrost jego pozytywnego oddziaływania na upowszechnianie zdrowej diety;
- 7) zwiększenie odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią;
- 8) dalsza poprawa w przestrzeganiu zaleceń i norm dotyczących jakości zdrowotnej żywności i jej bezpieczeństwa.

Zadania, które planuje się podjąć w kontekście rozpatrywanego zagadnienia, to:

- 1) uruchomienie programu wieloletniego, stanowiącego wdrożenie Globalnej strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia (Global strategy on diet, physical activity and health);
- 2) wprowadzenie efektywnej współpracy międzyresortowej, koordynowanej przez ministra zdrowia, w celu uwzględniania zaleceń Globalnej strategii WHO dotyczącej diety, aktywności fizycznej i zdrowia (Global strategy on diet, physical activity and health);
- 3) rozwinięcie działalności Narodowej Rady Żywienia oraz Ogólnopolskiej Platformy Działania ds. Żywienia, Aktywności Fizycznej i Zdrowia;
- 4) stałe upowszechnianie zasad prawidłowego żywienia, w tym szczególnie w szkołach;
- 5) upowszechnianie wiedzy o składzie i wartości odżywczej produktów żywnościowych oraz o znakowaniu żywności w celu umożliwienia konsumentom dokonywania świadomego wyboru;
- 6) rozwijanie programów rządowych mających na celu dożywianie najbardziej potrzebujących.

³¹ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007—2015*. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Dostępne w Internecie: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [data dostępu: 28.01.2009].

Oczekuje się, iż podjęte działania doprowadzą do następujących rezultatów:

- 1) zmniejszenie ryzyka i częstości występowania przewlekłych chorób niezakaźnych żywieniowozależnych;
- 2) wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia mężczyzn i kobiet, zmniejszenie wskaźników umieralności na choroby wynikające z wadliwego żywienia;
- 3) zmniejszenie zachorowalności niemowląt i dzieci na alergię oraz infekcje związane z zaprzestaniem karmienia piersią;
- 4) zmniejszenie ryzyka i częstości występowania chorób związanych z niewłaściwą jakością zdrowotną żywności.

Drugim istotnym wyzwaniem dla obszaru zdrowia publicznego, które znalazło swoje miejsce w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007—2015*, jest zwiększenie aktywności fizycznej ludności³². W związku z tym do roku 2015 oczekuje się:

- 1) zaangażowania w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym co najmniej 60% dzieci i młodzieży oraz 35% dorosłych;
- 2) zapewnienia co najmniej 80% gmin warunków do zwiększania aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania.

Zadania, jakie stoją przed autorami analizowanej koncepcji, to:

- 1) inspirowanie dyrektorów szkół wszystkich typów do wprowadzania dodatkowych godzin wychowania fizycznego, zarówno w ramach zajęć obowiązkowych, jak i w godzinach pozalekcyjnych;
- 2) wdrożenie nowoczesnych programów aktywności fizycznej;
- 3) dokonanie zmian w programach kształcenia kadr kultury fizycznej, umożliwiających przygotowanie ich do roli animatorów zdrowego stylu życia;
- 4) inspirowanie samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych oraz różnych instytucji do wdrażania programów zwiększenia aktywności ruchowej;

³² Bez wątpienia społeczeństwo polskie cechuje niska aktywność fizyczna. „Można szacować, że zaledwie ok. 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych uprawia formy ruchu, których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu. Jak wynika z analiz, podstawową przyczyną takiego stanu rzeczy jest niska świadomość w zakresie potrzeb sportu i rekreacji. Zmianę tego stanu rzeczy mogą przynieść: programy uaktywniające społeczeństwo, promocja rekreacyjnej aktywności ruchowej, oddziaływanie na pozytywną ocenę walorów aktywności ruchowej. Sondaże pokazują, że zaangażowanie Polaków w różne formy aktywności ruchowej wzrosło wprawdzie w ciągu ostatnich dziesięciu lat, jednak nadal, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, aktywność ta jest sporadyczna i niesystematyczna. Jednocześnie unikanie aktywności fizycznej nie spotyka się z dezaprobatą większości środowisk społecznych”. Ibidem, s. 31.

- 5) wprowadzanie atrakcyjnych form motywowania ludzi do zwiększania własnej aktywności fizycznej oraz kształtowanie nawyku jej utrzymywania;
- 6) tworzenie na terenach wiejskich wielofunkcyjnych ośrodków kultury, rekreacji i sportu;
- 7) opracowanie strategii polityki społecznej na rzecz seniorów, uwzględniającej programy aktywizacji osób starszych;
- 8) promowanie określonych form aktywności fizycznej w leczeniu chorób cywilizacyjnych jako wsparcie farmakoterapii i medycznych działań naprawczych;
- 9) tworzenie programów z zakresu redukcji szkód.

W wyniku realizacji rozpatrywanego celu programu oczekuje się:

- 1) zwiększenia poziomu sprawności i wydolności fizycznej społeczeństwa;
- 2) poprawy kondycji psychicznej ludności;
- 3) zmniejszenia powszechności występowania zaburzeń psychosomatycznych;
- 4) zmniejszenia powszechności występowania otyłości, chorób układu ruchu, chorób układu krążenia, zjawisk patologicznych, zwłaszcza wśród młodzieży;
- 5) zwiększenia liczby kwalifikowanych specjalistów z zakresu sportu i rekreacji³³.

Reasumując, należy podkreślić, iż „w sprawach szeroko rozumianej ochrony zdrowia społeczeństwa bardzo ważną rolę odgrywa polityka zdrowotna, która jest częścią polityki społecznej. Polityka zdrowotna wiąże się z celową i zorganizowaną działalnością państwa i jego podmiotów na rzecz poprawy warunków życia obywateli i zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia, jego poprawy oraz niedopuszczenia do jego pogorszenia. Działania te mają charakter ponadjednostkowy i są związane z polityką państwa”³⁴. Jednocześnie, społeczeństwo musi być przygotowane do przyjęcia (akceptacji) większych zmian w obrębie jego wartości kulturowych i dotychczasowych zwyczajów na rzecz prozdrowotnego stylu życia. Ostatecznie, jest to osobisty wybór każdego człowieka, niemniej jednak pewne okoliczności muszą być wzięte pod uwagę już na poziomie legislacyjnym, tak, aby umożliwić ten wybór, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia dzieci, które musi być wyjątkowo chronione i wspierane. Należy mieć świadomość, że działania mające na celu przeciwdziałanie otyłości, wspierane przez edukację zdrowotną i zapewnienie odpowiedniej informacji, mogą mieć mniejszy wpływ na jednostki, których dochody są niższe, osiągnię-

³³ Ibidem, s. 31–32.

³⁴ E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Sp. z o.o., 2009, s. 59.

cia edukacyjne są mniejsze oraz które nie posiadają środków (lub mogą postrzegać w ten sposób swoją sytuację), aby zmienić zalecenia w działania. Warto zauważyć, że w sytuacji, gdy specyficzne środki — takie jak: pieniądze, czas wolny lub umiejętności — są niezbędne do zmiany diety lub podjęcia ćwiczeń fizycznych, to tylko grupy z tymi środkami mogą zachowywać się zgodnie z wytycznymi profilaktyki nadmiernej masy ciała. Strategie zapobiegawcze mogą zatem z większym prawdopodobieństwem być korzystne dla grup osób o lepszym statusie socjoekonomicznym, ale jednocześnie mogą powodować wzrost różnic pomiędzy różnymi grupami społecznymi. Twórcy strategii profilaktycznych powinni więc wziąć pod uwagę dostępność środków, które pozwolą osobom o niższym statusie socjoekonomicznym dokonywać prozdrowotnych wyborów i w ten sposób zmniejszyć nierówności w sferze zdrowia³⁵.

Warto także zwrócić uwagę, że realizowanie idei promocji zdrowia dzięki nabywaniu wiedzy, kształtowaniu umiejętności i motywacji do dokonywania prozdrowotnych wyborów wymaga często udziału profesjonalistów — edukatorów zdrowia. Tymczasem, brak wystarczającej liczby specjalistów z zakresu szeroko rozumianego zdrowia człowieka (w tym także zapobiegania nadmiernej masie ciała) wymaga — według WHO — wprowadzania innowacyjnych szkoleń opartych na standardach ogólnoeuropejskich i światowych³⁶. Bez wątpienia, braki kadrowe w omawianej sferze mogłoby uzupełnić wciąż niedoceniane kształcenie w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

2. Znaczenie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w kształtowaniu prawidłowej masy ciała

Nowoczesny system ochrony zdrowia zawiera nie tylko działania diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, profilaktyczne, ale także działania w zakresie promocji zdrowia³⁷.

Proces definiowania promocji zdrowia jeszcze się nie zakończył, ponieważ ciągle są na tym polu podejmowane nowe inicjatywy, ale najczęściej przyjmuje się definicję zawartą w Karcie Ottawskiej (opracowaną w trakcie I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku), mówiącą, że jest to „proces umożliwiający ludziom uzyskanie kontroli nad własnym

³⁵ *The challenge of obesity...*

³⁶ *Ibidem.*

³⁷ E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna...*, s. 61.

zdrowiem oraz jego poprawę”³⁸. Wspomniana kontrola odnosi się przede wszystkim do czynników warunkujących zdrowie. Podstawowym zadaniem promocji zdrowia jest zatem kształtowanie najbardziej optymalnych dla zachowania zdrowia warunków życia, a także mediacja między ludźmi a ich środowiskiem, odnosząca się zarówno do indywidualnych wyborów, jak i do działalności społecznej. Efektem tych działań powinien być wzrost odpowiedzialności społecznej za zdrowie, dziś i w przyszłości³⁹. Aby było to możliwe, konieczne jest spełnienie kilku warunków, z których najważniejsze to⁴⁰:

- zagwarantowanie dostępu do podstawowych zasobów decydujących o zdrowiu, takich jak: dochód, mieszkanie i żywność;
- zapewnienie informacji i ukształtowanie niezbędnych umiejętności życiowych;
- stworzenie środowiska gwarantującego możliwość dokonywania służących zdrowiu wyborów między towarami, usługami i innego rodzaju świadczeniami;
- zapewnienie gospodarczych, fizycznych i kulturowych warunków wzmacniających zdrowie.

„Promocja zdrowia jest zainteresowana przede wszystkim potencjałem zdrowotnym, jaki każdy człowiek ma i może pomnażać, dlatego orientuje się na całe populacje, podkreślając znaczenie takich determinantów zdrowia, jak: styl życia, wzory codziennych zachowań oraz interakcje między jednostką a jej społecznym i fizycznym środowiskiem. Działania z zakresu promocji zdrowia wymagają interwencji na poziomie rządów i społeczności, ponieważ budowanie zdrowego i bezpiecznego środowiska jest zależne od odpowiedniej legislacji, nakładów finansowych, a także profesjonalnego prowadzenia programów centralnych i lokalnych. Nie zmienia to jednak faktu, że w centrum zainteresowania promocji zdrowia znajdują się sami ludzie, którzy do realizacji wymienionych zadań muszą być odpowiednio przygotowani. Przygotowanie to powinno przede wszystkim obejmować zwiększenie ich kompetencji w dostrzeganiu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych poprzez kształtowanie odpowiednich umiejętności oraz świa-

³⁸ *Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion*. 17–21 November 1998, Ottawa, Ontario, Canada. Podano za: Z. SŁOŃSKA, M. MISIUNA: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa, Agencja Promo-Lider, 1994, s. 34; *Karta Ottawska (1986)*. Przeł. J.B. KARSKI. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI, Z. SŁOŃSKA, B.W. WASILEWSKI. Warszawa, Sanmedia, 1994, s. 423–429. Podano za: B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna...*, s. 131.

³⁹ A. OSTROWSKA: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa, IFiS PAN, 1999, s. 163–164.

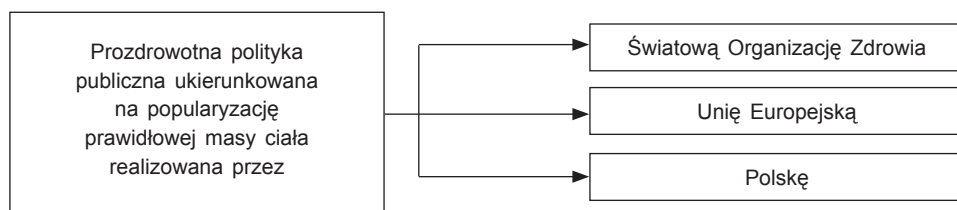
⁴⁰ *Ibidem*, s. 310–311.

domości i motywacji prozdrowotnej”⁴¹. Warto podkreślić, że „promocja zdrowia zwraca większą uwagę na społeczne i kulturowe determinanty ludzkich wyborów, podkreślając, że możliwość decydowania o prowadzeniu określonego stylu życia jest ograniczona przez miejsce zajmowane w strukturze społecznej, sytuację życiową, tradycję oraz wartości wpojone w procesie socjalizacji. Jeśli więc ludzkimi wyborami kieruje pewna racjonalność, to nie jest ona jedynym kryterium dokonywania określonych wyborów. Takie podejście do kwestii kształtowania zachowań zdrowotnych pozwala w praktyce dostrzegać bardziej realne możliwości ich modyfikacji”⁴².

Zadaniem promocji zdrowia jest stwarzanie ludziom takich warunków, aby podejmowanie prozdrowotnych decyzji było dla nich możliwe i korzystne⁴³. Warunki te mają być tworzone w obrębie pięciu obszarów działania opisanych w Karcie Ottawskiej, które obejmują⁴⁴:

- budowanie prozdrowotnej polityki publicznej;
- tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu;
- umacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia;
- rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu;
- reorientację służby zdrowia.

Wymienione obszary działania dostosowano odpowiednio do priorytetowego w niniejszym opracowaniu postulatu promowania zdrowego sposobu odżywiania się i zwiększenia poziomu aktywności fizycznej, co w efekcie ma prowadzić do wzrostu wiedzy, świadomości i motywacji w zakresie dbałości o prawidłową masę ciała w społeczeństwie polskim. Decydentów z pierwszego ze wspomnianych obszarów określono przede wszystkim na podstawie dokumentów dotyczących zapobiegania otyłości i promocji zdrowego trybu życia (por. rys. 1).



Rys. 1. Podmioty realizujące politykę zdrowotną

Źródło: opracowanie własne.

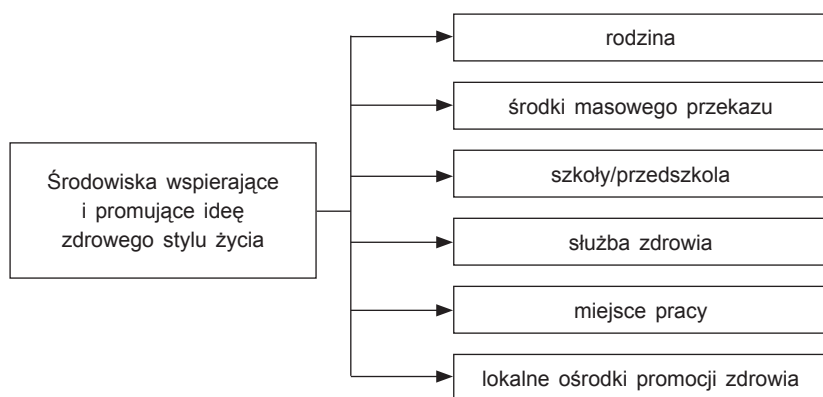
⁴¹ Dlatego też niezbędną funkcję pełni tu edukacja zdrowotna, chociaż kładzie ona nacisk na nieco inne treści, niż dzieje się to w przypadku profilaktyki. Por. ibidem, s. 167.

⁴² Ibidem, s. 168.

⁴³ Z. SŁOŃSKA: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1—2, s. 45.

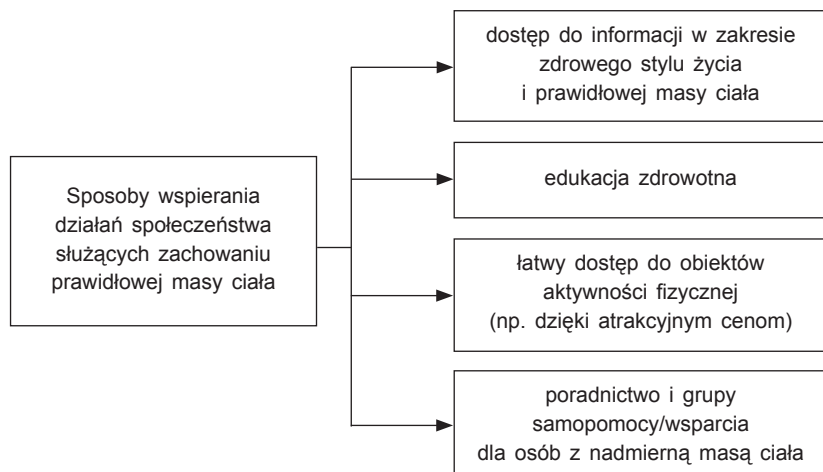
⁴⁴ Ibidem.

W kontekście wykształcenia zachowań sprzyjających utrzymaniu prawidłowej masy ciała niezwykle ważny jest wpływ środowiska życia jednostki. Ustalono, że najistotniejszą w tym zakresie rolę odgrywa najbliższe otoczenie człowieka oraz działania mające na celu wspieranie i rozwijanie umiejętności ukierunkowanych na zdrowy styl życia, a jednocześnie na zachowanie optymalnej dla zdrowia masy ciała. Podkreśla się tu również znaczenie służby zdrowia, a przede wszystkim zwiększenia jej zaangażowania w profilaktykę nadmiernej masy ciała i jej skutków wśród pacjentów. Wszystkie wymienione aktywności i środowiska mające w tychże działaniach odegrać kluczową rolę przedstawiono na rysunkach 2, 3, 4, 5.



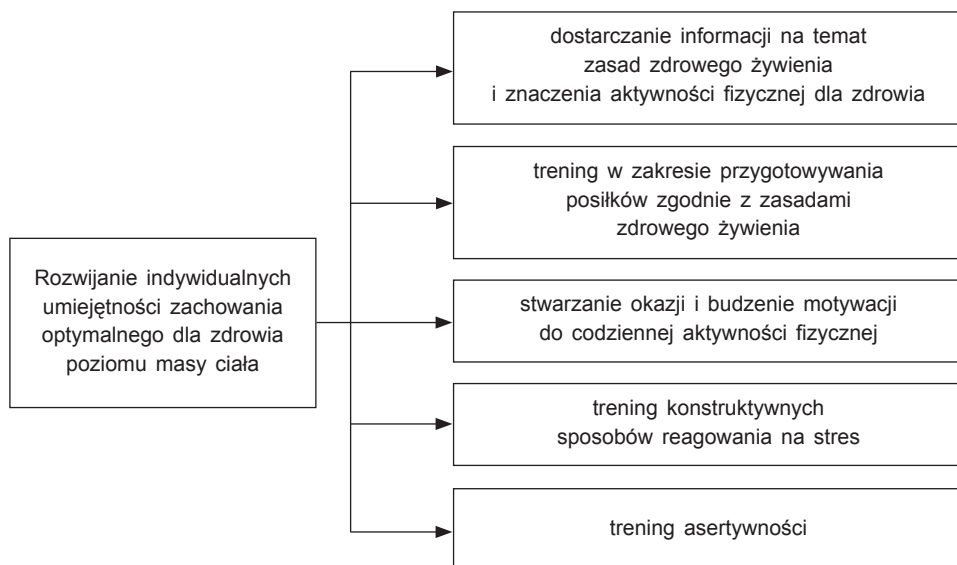
Rys. 2. Środowiska sprzyjające zdrowiu

Źródło: opracowanie własne.



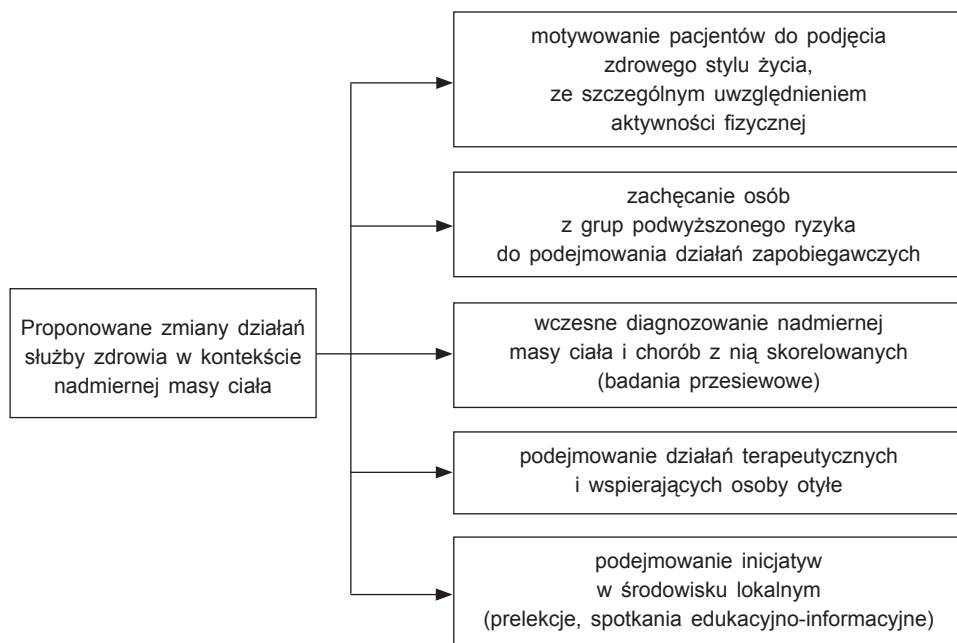
Rys. 3. Sposoby umacniania działań służących zachowaniu prawidłowej masy ciała

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 4. Działania służące rozwijaniu umiejętności zachowania optymalnej masy ciała

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 5. Reorientacja służby zdrowia w kontekście nadmiernej masy ciała

Źródło: opracowanie własne.

„Nieodłącznym i komplementarnym elementem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna. Dzieje się tak dlatego, że niezbędnym warunkiem, aby ludzie uczestniczyli w działaniach promocyjnych, dokonywali zmian w swoim stylu życia oraz środowisku, jest posiadanie przez nich odpowiednich kompetencji, które uzyskują w procesie edukacji”⁴⁵. Edukację zdrowotną definiuje się zatem jako „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją”⁴⁶. Podczas gdy promocja zdrowia to działania ukierunkowane na poszczególne systemy społeczne, edukacja zdrowotna jest zorientowana przede wszystkim na jednostki. Edukacja zdrowotna związana z promocją zdrowia powinna:

- wykorzystać pojęcie pozytywnego zdrowia;
- stosować innowacje w technologii uczenia;
- ukierunkowywać się na społeczne uczestnictwo i działania nieprofesjonalne;
- stosować wieloaspektowe i interdyscyplinarne podejścia, rozwijać nowe strategie dotyczące różnych poziomów działania;
- uwzględniać społeczne i środowiskowe czynniki wpływające na decyzje zdrowotne⁴⁷.

Wśród celów edukacji zdrowotnej, szczególnie istotnych z punktu widzenia promocji zdrowia, wyróżnia się:

- uświadamianie ludziom, że to oni sami podejmują decyzje i dokonują wyborów odnośnie do swojego zdrowia i stylu życia, a tym samym ponoszą odpowiedzialność za zdrowie własne oraz oddziałują na zdrowie innych ludzi;
- oddziaływanie na decydentów z różnych sektorów publicznych, by byli świadomi swojej roli w tworzeniu warunków wspierających zmiany społeczne, ekonomiczne i organizacyjne służące poprawie zdrowia ludności⁴⁸.

Obecnie przyjmuje się, że edukacja zdrowotna powinna polegać na równoległym działaniu dwukierunkowym: przekazywaniu wiedzy oraz kształtowaniu umiejętności, przekonań i postaw niezbędnych do zachowania i doskonalenia zdrowia⁴⁹.

⁴⁵ B. WOYNAROWSKA: *Promocja zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995, s. 33.

⁴⁶ T. WILLIAMS: *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7–8, s. 159.

⁴⁷ Z. SŁOŃSKA, M. MISIUNA: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii, 1993, s. 10–13.

⁴⁸ B. WOYNAROWSKA: *Promocja zdrowia...*, s. 33–34.

⁴⁹ B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna w szkole*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, PZWL, 2000, s. 418–420.

Jak już wcześniej podkreślano, promocja zdrowia jest globalną strategią działań na rzecz zdrowia, której kluczowym, niezbędnym komponentem jest edukacja zdrowotna⁵⁰, natomiast obie razem tworzą podwaliny zachowań i umiejętności sprzyjających dążeniu do optymalnej dla zdrowia masy ciała. Na podstawie literatury przedmiotu i uzyskanych wyników badań własnych za priorytetowe zadania mające na celu zahamowanie tendencji wzrostowej rozpowszechnienia otyłości i jej skutków uznano:

- popularyzację idei zdrowego stylu życia, szczególnie w kontekście nadmiernej masy ciała, zarówno na poziomie profilaktyki, jak i leczenia;
- podejmowanie wczesnych działań zapobiegawczych, szczególnie wśród dzieci i młodzieży zagrożonych rozwojem otyłości;
- motywowanie i wspieranie osób z nadmierną masą ciała w ich dążeniu do jej zredukowania i poprawy zdrowia (fizycznego, psychicznego i społecznego);
- uwrażliwienie społeczeństwa na problemy osób otyłych i konsekwentne przeciwdziałanie wszelkim przejawom uprzedzeń i dyskryminacji, szczególnie w środowisku szkolnym;
- realizację celów i zadań w zakresie zdrowego trybu życia deklarowanych w dokumentach państwowych i międzynarodowych wraz z kontrolą ich wdrażania.

Aby móc skutecznie realizować ideę zdrowego odżywiania się i wzrostu aktywności fizycznej, a w efekcie prawidłowej masy ciała, konieczne jest konsekwentne współdziałanie osób tworzących środowisko życia jednostki. Stąd też wśród tych, którzy powinni zaangażować się w krzewienie zaleceń zdrowego trybu życia, szczególnie do odegrania rolę mają:

- rodzice/rodzina;
- nauczyciele/wychowawcy;
- pielęgniarki szkolne i środowiskowe;
- lekarze różnych specjalności;
- pracownicy ośrodków promocji zdrowia;
- edukatorzy zdrowia;
- trenerzy sportowi;
- mass media;

Proponuje się następujące obszary popularyzacji postulatów zdrowego trybu życia, zapobiegania i leczenia otyłości oraz zwiększenia tolerancji społecznej dla osób otyłych w środowisku życia człowieka:

- środowisko rodzinne;
- w obrębie systemu edukacji: przedszkola, szkoły, świetlice środowiskowe;
- służba zdrowia;
- wydziały zdrowia jednostek samorządu terytorialnego;

⁵⁰ B. WOYNAROWSKA: *Promocja zdrowia...*, s. 137.

- ośrodki promocji zdrowia;
- prywatne placówki propagujące ideę zdrowego stylu życia;
- kluby sportowe.

W promocji zdrowia wykorzystuje się nowe podejścia i metody, a w ich obrębie wyróżnia się głównie: podejście siedliskowe, podejście „od ludzi do problemu” oraz systemowe podejście do planowania, w którym uwzględnia się cztery fazy procesu planowania⁵¹:

- 1) diagnoza stanu wyjściowego;
- 2) budowanie planu działań i ich ewaluacji;
- 3) wdrożenie i realizacja planu;
- 4) ewaluacja wyników.

Opierając się na systemowym podejściu do problemu, zdiagnozowano dwa zjawiska, które na podstawie przeprowadzonych badań diagnostycznych i w subiektywnej ocenie wydawały się najistotniejsze. Są to:

- niski poziom aktywności fizycznej i nieracjonalny sposób odżywiania się⁵² jako znaczące problemy społeczeństwa polskiego prowadzące do stałego rozpowszechniania się nadmiernej masy ciała⁵³;
- obserwowane w niektórych grupach społecznych negatywne postawy wobec osób z nadmierną masą ciała.

Planowane interwencje w obu wymienionych kwestiach byłyby skierowane do ludzi młodych — dzieci i młodzieży, i prowadzone na terenie szkoły. Przesłanki do tak ukierunkowanych interwencji są następujące:

- „aby ludzie uczestniczyli w działaniach promocyjnych — dokonywali zmian w swoim stylu życia oraz w środowisku, potrzebne im są do tego kompetencje, które uzyskują w procesie edukacji zdrowotnej”⁵⁴, tę natomiast powinno się rozpoczynać od najwcześniejszych lat życia człowieka, gdyż wówczas szanse na wykształcenie prozdrowotnych nawyków i ich przestrzeganie są większe;
- „Szkoła należy do instytucjonalnych siedlisk życia ludzi, ale ponieważ jest instytucją powszechną, wszechobecną, można ją traktować jako siedlisko naturalne [...]. Z jednej strony to teren świadomego ukierunkowywania działań społeczności szkolnej oraz zaspokajania ich potrzeb, z drugiej — obszar występowania licznych czynników zagrożeń dla ich

⁵¹ Ibidem, s. 133—135.

⁵² Wyniki badań dotyczące niekorzystnych trendów w zakresie sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej przytoczono w podrozdziale 4. rozdziału drugiego (s. 65—70).

⁵³ Problem ten wynika przede wszystkim z danych epidemiologicznych, jednakże jest on tak istotny (głównie ze względu na konsekwencje fizyczne i psychospołeczne dla osób otyłych), iż uznano, że należy podejmować interwencje w tej kwestii poprzez promocję zdrowia i edukację zdrowotną.

⁵⁴ B. WOYNAROWSKA: *Promocja zdrowia...*, s. 137.

zdrowia psychicznego, co wymaga stałego monitoringu i przeciwdziałania”⁵⁵;

- szkoła zapewnia łatwy dostęp do dużej liczby osób, które mogą zostać poddane oddziaływaniom edukacyjnym w omawianym zakresie;
- przeprowadzone badania pokazały, iż najczęściej uprzedzenia i negatywne postawy wobec otyłych osób obserwuje się w środowisku szkolnym i rówieśniczym.

Plany działań w stosunku do każdego ze sformułowanych problemów przedstawiają się następująco:

Diagnoza stanu wyjściowego A

Niski poziom aktywności fizycznej i nieracjonalny sposób odżywiania się jako znaczące problemy społeczeństwa polskiego prowadzące do stałego rozpowszechniania się nadmiernej masy ciała.

Plan działania

Cele działania:

- zdrowe nawyki żywieniowe wśród dzieci i młodzieży oraz podejmowanie regularnej aktywności fizycznej;
- tworzenie w środowisku życia dzieci i młodzieży warunków do realizacji prozdrowotnych zachowań;
- pedagogizacja rodziców w zakresie zdrowego stylu życia oraz przyczyn i konsekwencji nadwagi i otyłości.

Zadania szkoły:

- promowanie zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem zasad racjonalnego żywienia i aktywności fizycznej przez cały okres edukacji dziecka;
- zapewnienie zdrowych posiłków w szkolnej stołówce oraz porcji warzyw i owoców dla wszystkich uczniów;
- tworzenie warunków do podejmowania różnorodnych, atrakcyjnych form aktywności fizycznej, zarówno w ramach zajęć lekcyjnych, jak i pozalekcyjnych;
- przeprowadzanie wśród uczniów badań przesiewowych diagnozujących nadmierną masę ciała;

⁵⁵ Z. DOŁĘGA: *Rozpoznawanie czynników ryzyka zaburzeń zdrowia uczniów jako zadanie psychoprofilaktyki szkolnej*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. JOHN-BORYS, Z. DOŁĘGA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2006, s. 28.

- podnoszenie świadomości rodziców w zakresie konsekwencji wynikających z nadmiernej masy ciała i korzyści z przestrzegania zasad zdrowego stylu życia.

Metody realizacji:

- organizowanie prelekcji i wykładów z udziałem atrakcyjnych dla młodego pokolenia osób (sportowców, lekarzy, osób ze świata mediów);
- częste włączanie zagadnień związanych ze zdrowym stylem życia w nauczane treści;
- monitorowanie i w razie potrzeby dostosowanie działalności szkolnej stołówki do zaleceń zdrowej diety;
- pozyskiwanie sponsorów dla idei spożywania codziennej porcji warzyw i owoców;
- krytyczny przegląd zawartości automatów z przekąskami lub ich całkowite usunięcie;
- coroczne badania przesiewowe pod kątem prawidłowej masy ciała uczniów przeprowadzane przez pielęgniarkę szkolną i podejmowanie ewentualnej interwencji;
- organizowanie spotkań dla rodziców oraz przekazywanie w interesujący sposób informacji dotyczących przyczyn i skutków nadmiernej masy ciała;
- „wygospodarowanie” zwiększonej liczby godzin aktywności fizycznej oraz organizowanie zajęć pozalekcyjnych z udziałem nauczycieli wychowania fizycznego, trenerów sportowych różnych dyscyplin;
- organizowanie konkursów z nagrodami związanych z zagadnieniami zdrowego stylu życia;
- pozyskiwanie środków pieniężnych na zadania związane z popularyzacją zachowań sprzyjających zachowaniu prawidłowej masy ciała i szeroko rozumianego zdrowia.

Ewaluacja procesu:

- monitorowanie częstotliwości i jakości podejmowanych działań promujących pozytywne zachowania w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej;
- obserwacja uczniów w trakcie zajęć, prelekcji i pogadanek pod kątem prozdrowotnych zachowań oraz poziomu uczestnictwa w sportowych zajęciach pozalekcyjnych;
- obserwacja poziomu zainteresowania proponowanymi zajęciami uczniów z istniejącą nadwagą/otyłością;
- zbieranie informacji zwrotnych od uczniów i rodziców na temat realizowania przez szkołę zdrowego trybu życia (np. przez anonimową ankietę);

- konsultacje osób zaangażowanych w realizację podejmowanych działań (nauczycieli, wychowawców, trenerów, przedstawicieli szkolnej opieki medycznej, rodziców, przedstawicieli samorządu szkolnego);
- bieżące dokonywanie korekt i modyfikacji planu działań.

Ewaluacja wyników:

- ankietowe badania zmian przekonań, postaw i zachowań sprzyjających zachowaniu optymalnego dla zdrowia poziomu masy ciała; badanie przeprowadzone przede wszystkim wśród uczniów, nauczycieli, rodziców;
- samoocena uczniów w zakresie aktualnego stylu życia;
- bezpośrednie informacje od rodziców i wychowawców na temat zaobserwowanych zmian;
- porównanie wyników badań kontrolnych i pomiarów masy ciała uczniów na przestrzeni danego okresu czasu.

Diagnoza stanu wyjściowego B

Obserwowane w niektórych grupach społecznych negatywne postawy wobec osób z nadmierną masą ciała.

Plan działania

Cele działania:

- zdrowe relacje społeczne w obrębie populacji szkolnej;
- postawa tolerancji wobec osób otyłych oraz innych osób o wyróżniających cechach;
- brak lub ograniczenie przejawów nietolerancji i etykietyzowania osób z nadmierną masą ciała w środowisku szkolnym i poza nim.

Zadania szkoły:

- popularyzacja postawy tolerancji wobec drugiego człowieka;
- zapewnienie wsparcia uczniom pokrzywdzonym pod wpływem negatywnych postaw rówieśników;
- stworzenie warunków przyjaznej przestrzeni szkolnej dla wszystkich uczniów.

Metody realizacji:

- organizowanie tzw. dni tolerancji, kształtujących postawę tolerancji i pozytywnych zachowań wobec innych osób;
- nagradzanie pozytywnych postaw i zachowań uczniów względem siebie;
- konkursy z nagrodami, warsztaty, przedstawienia szkolne o tematyce tolerancji wobec inności, podkreślające wartości i zalety wynikające z różnorodności;

- uwrażliwianie nauczycieli i rodziców na wszelkie przejawy negatywnych zachowań społecznych swoich podopiecznych i konsekwentne reagowanie w sytuacji ich wystąpienia;
- współpraca z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi w przypadku osób przejawiających zachowania nacechowane przemocą i patologią społeczną;
- tworzenie klas integracyjnych.

Ewaluacja procesu:

- permanentna kontrola pod względem negatywnych zachowań społecznych;
- obserwacja zachowań i stopnia zainteresowania uczniów tematyką związaną z nietolerancją i jej skutkami;
- obserwacja podejmowanych przez uczniów inicjatyw w walce z dyskryminacją i przemocą rówieśniczą;
- zbieranie informacji zwrotnych od społeczności szkolnej;
- bieżące monitorowanie i ewentualne modyfikacje planu działań.

Ewaluacja wyników:

- użycie kwestionariuszy ankiety w celu zbadania przekonań i opinii dotyczących zachowań wobec rówieśników z nadmierną masą ciała;
- obserwacja ukierunkowana na przejawy pożądanych zachowań społecznych uczniów prezentujących wcześniej negatywne postawy wobec rówieśników;
- obserwacja relacji społecznych w obrębie klasy/szkoły;
- gromadzenie informacji od nauczycieli i rodziców na temat skuteczności podejmowanych interwencji.

Proponowane działania wymagają współpracy najbliższego otoczenia młodych osób, a więc dyrekcji szkoły i nauczycieli, rodziców, służb medycznych i samorządów lokalnych. Wydaje się bowiem, iż warunkiem powodzenia planowanych inicjatyw i wykształcenia pozytywnych zachowań jest konsekwencja wszystkich zainteresowanych ideą zdrowego środowiska życia człowieka. Zapewne niebagatelnym wyzwaniem będzie przekonanie do udziału w proponowanych działaniach osób znaczących dla młodych ludzi, tzn. trenerów sportowych, autorytetów, celebrytów, jak również skuteczne zdobywanie środków finansowych na realizację planowanych inicjatyw promocyjnych i profilaktycznych. Jednakże należy żywić nadzieję, że podejmowane próby spotkają się z dużym zainteresowaniem i chęcią wzięcia udziału w zamierzeniach ważnych dla każdego człowieka, bo przecież związanych z szeroko rozumianym zdrowiem.

Zakończenie i wnioski

„Czynniki środowiskowe o charakterze psychospołecznym dotyczą społeczności (grup), w których funkcjonuje człowiek, tj. rodziny, grupy rówieśniczej, środowiska szkolnego, miejsca pracy i wypoczynku. W każdym z tych środowisk człowiek wchodzi w relacje z innymi, są one różne w poszczególnych fazach życia i w rozmaitych grupach. Nie ulega wątpliwości, że budowanie pozytywnych relacji międzyludzkich w środowisku życia, nauki, pracy i wypoczynku odgrywa bardzo ważną rolę dla dobrostanu zdrowotnego jednostek i zbiorowości. Jednocześnie, społeczne relacje międzyludzkie związane są również z konfliktami, sytuacjami trudnymi, stresem, występowaniem przemocy czy agresji. Radzenie sobie z takimi sytuacjami i nowymi wyzwaniami życia codziennego jest zróżnicowane i zależy m.in. od kondycji i zasobów indywidualnych i środowiskowych, wykształcenia, statusu społecznego, umiejętności i możliwości uzyskiwania wsparcia społecznego, dostępu do informacji itp.”¹. Niestety, w szczególnie niekorzystnym położeniu znajdują się osoby z nadmierną masą ciała, a przede wszystkim kobiety. Środowisko społeczne jest bowiem bardzo krzywdzące dla tych, którzy w jakiś sposób różnią się od innych, tym bardziej, jeśli w społecznym przekonaniu otyłość jest efektem lenistwa i nieustannego jedzenia. Często winą za fakt bycia otyłym badani obarczali nadopiekuńczą rodzinę, która do ich otyłości doprowadziła już w okresie dzieciństwa. Oczywiście, przyczyn może być wiele, tak jak i konsekwencji, bo przecież każdy człowiek to niepowtarzalna jednostka z własnym bagażem doświadczeń i przeżyć. Często jednak to właśnie te doświadczenia — negatywne, przykre — były źródłem niesatysfakcjonującego funkcjonowania osoby otyłej, zarówno w wymiarze psychologicznym, jak i społecznym.

¹ E. SYREK, K. BORZUCKA-SITKIEWICZ: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Sp. z o.o., 2009, s. 57.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu badania miały na celu diagnozę znaczenia nadmiernej masy ciała dla szeroko pojętego funkcjonowania człowieka w jego środowisku życia. Dążono przede wszystkim do ukazania sytuacji osób otyłych i jakości ich życia, która często była determinowana nadmierną masą ciała, jak również do popularyzacji idei dbałości o prawidłową, z punktu widzenia zdrowia, masę ciała. Ale nie tylko. Analiza zgromadzonego materiału badawczego uświadomiła pilną potrzebę przeciwdziałania wszelkim przejawom negatywnych, krzywdzących zachowań wobec osób z nadmierną masą ciała, przede wszystkim w środowisku szkolnym, gdzie najczęściej obserwuje się niewłaściwe postawy, głównie w postaci przemocy werbalnej. Warto podkreślić, że dla osób dotkniętych dyskryminacją ze względu na masę ciała konsekwencje stygmatyzacji mogą okazać się bardzo poważne, stąd tak istotne jest uświadomienie i naświetlenie problemu również od strony społecznych postaw wobec osób otyłych oraz zmiana sposobu myślenia o otyłości w wymiarze globalnym.

Rozpatrując znaczenie nadmiernej masy ciała dla jakości życia i funkcjonowania, należy stwierdzić, że nadwaga w bardzo dużym stopniu determinuje jakość życia otyłych, głównie młodych kobiet i dziewcząt. Wynika to zapewne z presji kulturowo przyjętego ideału kobiecego ciała, który przez wiele kobiet został zinternalizowany, wywołując szereg psychicznych rozterek i problemów, jak chociażby brak akceptacji siebie czy przypisywanie wszelkich niepowodzeń tylko i wyłącznie aparycji. Z powodu frustracji spowodowanej tym, że we własnym mniemaniu odbiegają od ideału, osoby te nie czuły się szczęśliwe, czasami zachowywały się w sposób irracjonalny lub destrukcyjny, popadając w stany depresyjne. Powszechnym zjawiskiem było również „zajadanie” negatywnych emocji, co potwierdzałoby badania wielu autorów dotyczące funkcjonowania psychicznego otyłych osób, głównie kobiet. Jak zaobserwowano, istotne znaczenie w tym kontekście miała nie tylko sama otyłość, ale negatywne relacje społeczne bądź postawy innych osób względem otyłego, zarówno obecnie, jak i w przeszłości. Co więcej, wydaje się, że nadmierna masa ciała nie miałaby tak dużego znaczenia dla wielu — szczególnie młodych osób — jeśli nie byłaby naczyniona reakcjami kolegów i koleżanek z ławy szkolnej, nieprzychylnymi uwagami rodziny i postawami pracowników służby zdrowia czy sektora handlowego. To natomiast w oczywisty sposób generowało określone reakcje psychologiczne, izolowanie się, unikanie osób i miejsc, które mogły być potencjalnym źródłem zagrożenia. Ponadto, wiele przeszłych doświadczeń, głównie szkolnych, wiążących się z odrzuceniem ze strony rówieśników, odcisnęło piętno na życiu dorosłym. Jak zatem wygląda funkcjonowanie otyłych w środowisku społecznym? Lub modyfikując pytanie: jak wyglądałoby funkcjonowanie tych osób w środowisku społecznym, gdyby nie uprzedzenia, stereotypowe postawy i negatywne zachowania ludzi, którzy

na to środowisko się składają? Wydaje się bowiem, że największy problem tkwi nie w samej nadwadze czy otyłości, ale w tym, jak do tych cech i osób, które je reprezentują, ustosunkowuje się środowisko społeczne będące bardzo ważnym elementem życia każdego człowieka i niejednokrotnie mające moc wpływania na sposób myślenia o sobie samym.

Na podstawie uzyskanych wyników badań wydaje się, że oprócz potrzeby profilaktyki samego zjawiska nadmiernej masy ciała istotne wyzwanie stanowi także przeciwdziałanie przejawom uprzedzeń i dyskryminacji wobec „inności”, a w przypadku analizowanego problemu — wobec osób otyłych. Szczególnie ważne zdają się działania podejmowane w szkołach, jak bowiem pokazały doświadczenia badanych, to właśnie szkoła jest jednym z najbardziej krzywdzących pod tym względem środowisk. Przypuszczalnie, znalazłyby się głosy pracowników oświaty mówiące o tym, iż przecież w ramach np. lekcji wychowawczych temat tolerancji jest niejednokrotnie podejmowany. Ale można by zapytać: czy to wystarczy i czy przynosi oczekiwane efekty? Być może jest to tylko „teoria”, a życie codzienne rządzi się swoimi prawami... Może zatem dobrym rozwiązaniem byłaby przede wszystkim edukacja oraz uświadamianie problemów otyłych dzieci i młodzieży nauczycielom oraz rodzicom. Ci natomiast profilaktykę negatywnych zachowań i postaw wśród uczniów powinni prowadzić na co dzień, reagując na wszelkie przejawy dyskryminacji i krzywdzących zachowań, jak również sami powinni się ich wystrzegać, albowiem — jak pokazały badania — także dorośli nie są wolni od uprzedzeń. W celu poparcia owej tezy warto przytoczyć jedną z opinii osoby z nadmierną masą ciała, która sposób postrzegania osób otyłych w społeczeństwie przedstawia następująco: *„Nie możemy w ogóle uwierzyć w nietolerancję, w dyskryminację inności (przecież każdy jest inny!). Dla nas jest to niepojęte. I jest też dla nas niepojęte, że są tacy ludzie — nietolerancyjni, dyskryminujący — z naszego pokolenia, niby »oświeconego« i »politycznie poprawnego« [...]. Wszyscy doczekali się akceptacji — mniej lub bardziej, ale doczekali się — tylko nie grubo!”*...

Wykształcenie postawy tolerancji w społeczeństwie jest zatem zadaniem niezwykle ważnym i aktualnym, a jego realizację należałoby rozpoczynać od najwcześniejszych lat życia człowieka. Bez wątpienia, postulat ten stanowi nie lada wyzwanie dla systemu edukacji, nauczycieli i wychowawców, a przede wszystkim rodziców i opiekunów.

Jak wielokrotnie starano się podkreślić, w kulturze zachodniej osoby z nadmierną masą ciała często narażone są na negatywne przeżycia związane z nadwagą i zasadniczo z wizerunkiem swojego ciała. Sposób doświadczania swojej cielesności oraz treść społecznych komunikatów z tym związanych mogą zaburzać codzienne funkcjonowanie, skutkować pogorszeniem jakości życia, prowadzić do zaburzeń odżywiania się, a w sensie ogólnym — negatywnie wpływać na zdrowie w wymiarze biopsychospołecznym.

Jak piszą R.M. Puhl i C.A. Heuer, „sposób traktowania osób z nadwagą i otyłością jest zarówno niesprawiedliwością i krzywdą społeczną tychże osób, jak i niebagatelną kwestią i wyzwaniem zdrowia publicznego”². Wydaje się zatem, iż szeroko rozumiane wsparcie społeczne jest niezbędne dla poprawy funkcjonowania osób z nadmierną masą ciała i osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu dobrostanu fizycznego i psychospołecznego. Z przytoczonych wniosków wynika również ogromne wyzwanie dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, które realizowane na poziomie lokalnym, w najbliższym środowisku życia człowieka (a więc domu, szkole, pracy, miejscu wypoczynku i rekreacji), mogą odnieść nawet większy skutek aniżeli w przypadku inicjatyw podejmowanych na wysokich szczeblach państwowych i ogólnoswiatowych. Bardzo istotne jest także, aby edukację zdrowotną, a z punktu widzenia przedmiotowego zjawiska — edukację w zakresie zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej, rozpoczynać od najwcześniejszych lat życia człowieka. Stąd też niezwykle ważna i potrzebna jest popularyzacja idei promocji zdrowia, przypuszcza się bowiem, że w dłuższej perspektywie podjęte działania przyniosą ogromne korzyści w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i ogólnospołecznym.

² R.M. PUHL, C.A. HEUER: *Public opinion about laws to prohibit weight discrimination in the United States*. „Obesity Journal” 2011, Vol. 19, no 1, s. 81. Tłumaczenie — K.L.

Bibliografia

- ALLPORT G.: *The nature of prejudice*. New York, Doubleday/Anchor, 1979.
- AMOSOW N.: *Wasze zdrowie w waszych rękach*. „Sputnik” 1971, nr 6.
- ARONSON E., WILSON T.D., AKERT R.M.: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Przeł. A. BEZWIŃSKA. Poznań, Zysk i S-ka, 1997.
- ASSEMA P. VAN, RONDA G., STEENBAKKERS M., QUAEDVLIEG M., BRUG J.: *The reach of a computer-tailored nutrition education program in the Dutch heart health community intervention “Hartslag Limburg”*. “Journal of Nutrition Education and Behavior” 2006, nr 38.
- ASTRUP A., RABEN A., SKOV A.R., TOUBRO S.: *Dietetyczne leczenie otyłości*. „Lekarz Rodzinny” 1998, nr 2.
- BANDURA A.: *Self-efficacy mechanism in human agency*. “American Psychologist” 1982, nr 37.
- BARAŃSKI J.: *Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002.
- BARGH J.A., MCKENNA K.Y.A.: *Internet a życie społeczne*. W: *Internet a psychologia. Możliwości i zagrożenia*. Red. W.J. PALUCHOWSKI. Warszawa, PWN, 2009.
- BASDEVANT A., LE BARZIC M., GUY-GRAND B.: *Otyłość*. Przeł. P. GODLEWSKA. Kraków, Medycyna Praktyczna, 1996.
- BIAŁKOWSKA M.: *Otyłość*. W: *Otyłość, choroba cywilizacji*. Red. B. BARANOWSKA. Warszawa, Bel Corp Scientific Publications Co., 1994.
- BISHOP G.D.: *Psychologia zdrowia*. Przeł. A. ŚLIWA, L. ŚLIWA. Wrocław, Astrum, 2000.
- BLANCHARD S.: *Francja tyje*. „Le Monde” z 24.01.2006 r. [tłumaczenie artykułu było dostępne na stronie www.onet.pl, strona z tekstem wygasła].
- BOBIATYŃSKA E.: *Ruchy samopomocy a zdrowie. Ruchy samopomocy a problem zdrowia w nowej sytuacji w Polsce*. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI, Z. SŁOŃSKA, B.W. WASILEWSKI. Warszawa, Sanmedia, 1994.
- BOGUSZ R.: *Zdrowie jako wartość deklarowana i realizowana*. W: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Red. W. PIĄTKOWSKI. Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2004.
- BOORSE C.: *Health as theoretical concept*. “Philosophy of Science” 1977, 44.
- BOYD M.A.: *Living with overweight*. “Perspectives in Psychiatric Care” 1989, nr 25.

- BRYTEK-MATERA A.: *Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa, Difin sp. z o.o., 2008.
- BUKSIŃSKA-LISIK M., LISIK W., ZALESKA T.: *Otyłość — choroba interdyscyplinarna*. „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 1.
- CARR D., FRIEDMAN M.A.: *Body weight and the quality of the interpersonal relationship*. “Social Psychology Quarterly” 2006, nr 69.
- CASTELNUOVO G., GAGGIOLI A., RIVA G.: *Cyberpsychologia spotyka psychologię kliniczną — pojawienie się e-terapii w opiece nad zdrowiem psychicznym*. W: *Internet a psychologia. Możliwości i zagrożenia*. Red. W.J. PALUCHOWSKI. Warszawa, PWN, 2009.
- CHALCARZ W., HODYR Z., ŚRAMA A., GRUSZECKA M., KAPALACZYŃSKA M.: *Wybrane aspekty odżywiania i stylu życia otyłych kobiet*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15).
- CHARLES M.A.: *Epidemiologia otyłości dziecięcej*. W: *Otyłość u dzieci*. Red. P. TOUNIAN. Przeł. Z. WNUK-ZDEB. Warszawa, PZWL, 2008.
- CHATYS W.: *Środowisko rodzinne a zabawy i gry ruchowe dzieci*. „Lider” 2001, nr 3.
- CHMAJ L.: *Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, 1963.
- CRAMER P., STEINWERT T.: *Thin is good, fat is bad: How early does it begin?* “Journal of Applied Developmental Psychology” 1998, nr 19.
- CROCKER J., CORNWELL B., MAJOR B.: *The stigma of overweight. Affective consequences of attributional ambiguity*. “Journal of Personality and Social Psychology” 1993, Vol. 64, nr 1.
- CROCKER J., QUINN D.M.: *Piętno społeczne i Ja: znaczenia, sytuacje i samoocena*. W: *Spółeczna psychologia piętna*. Red. T.F. HEATHERTON, R.E. KLECK, M.R. HEBL, J.G. HULL. Przeł. J. RADZICKI, M. SZUSTER, T. SZUSTOWA. Warszawa, PWN, 2008.
- CZAJKA I., RYMKIEWICZ-KLUCZYŃSKA B., PYRŻAK B.: *Psychosocjologiczne aspekty otyłości u dzieci*. „Medipress Peditria” 1999, nr 1.
- CZAPIGA A.: *Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*. Toruń, Adam Marszałek, 2004.
- DATAR A., STRUM R.: *Childhood overweight and elementary school outcomes*. “International Journal of Obesity” 2006, nr 30.
- DIETZ W.: *Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*. “Pediatrics” 1998, nr 101.
- DOBRYŃSKA A., PIETRUSZEWSKI K.: *Wybrane aspekty dynamiki rodzinnej u pacjentów otyłych jako podstawa do psychoterapii*. „Psychoterapia” 1993, nr 2 (85).
- DOŁĘGA Z.: *Poczucie samotności wśród uczniów w kontekście spójności klasy szkolnej*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. JOHN-BORYS, Z. DOŁĘGA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2006.
- DOŁĘGA Z.: *Rozpoznawanie czynników ryzyka zaburzeń zdrowia uczniów jako zadanie psychoprofilaktyki szkolnej*. W: *Z badań nad zdrowiem psychicznym uczniów — wstęp do działań profilaktycznych szkoły*. Red. M. JOHN-BORYS, Z. DOŁĘGA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2006.
- DOVIDIO J.F., MAJOR B., CROCKER J.: *Piętno: wprowadzenie i zarys ogólny*. W: *Spółeczna psychologia piętna*. Red. T.F. HEATHERTON, R.E. KLECK, M.R. HEBL, J.G. HULL. Przeł. J. RADZICKI, M. SZUSTER, T. SZUSTOWA. Warszawa, PWN, 2008.

- DRABIK J.: *Aktywność fizyczna w edukacji zdrowotnej społeczeństwa*. Gdańsk, AWF, 1995.
- DRYGAS W.: *Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne*. „Medycyna Metaboliczna” 2003, T. 7, nr 2.
- DRYGAS W.: *Program aktywności fizycznej w zakładzie pracy*. W: *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Wybrane programy*. Red. A. GNIAZDOWSKI. Łódź, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, 1998.
- DWORAK A.: *Jakość życia dziecka z alergią. Uwarunkowania środowiska rodzinnego*. Toruń, Akapit, 2010.
- Effects of physical activity counseling in primary care. The Activity Counseling Trial: a randomized controlled trial*. “Journal of the American Medical Association” 2004, nr 286.
- EISENBERG M.E., BERGE J.M., FULKERSON J.A., NEUMARK-SZTAINER D.: *Weight comments by family and significant others in young adulthood*. “Body Image. An International Journal of Research” 2011, nr 8. Dostępne w Internecie: www.elsevier.com/locate/bodyimage [data dostępu: 03.06.2011].
- ERSOY C., IMAMOGLU S.: *Comparison of the obesity risk and related factors in employees and unemployed (housewife) premenopausal urban women*. “Diabetes Research and Clinical Practice” 2006, nr 72.
- ETCOFF N.: *Przetwarzają najpiękniejsi. Wszystko, co nauka mówi o ludzkim pięknie*. Przeł. D. CIEŚLA. Warszawa, CiS i WAB, 2002.
- FENICHEL M., SULER J., BARAK A., ZELVIN E., JONES G., MUNRO K., MEUNIER V., WALKER-SCHMUCKER W.: *Mity i rzeczywistość pracy klinicznej w Sieci (online)*. W: *Internet a psychologia. Możliwości i zagrożenia*. Red. W.J. PALUCHOWSKI. Warszawa, PWN, 2009.
- FILA M., TERELAK J.: *Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka*. „Przegląd Psychologiczny” 1994, T. 37, nr 1/2.
- FOUTS G., VAUGHAN K.: *Television situation comedies: Male weight, negative references and audience reactions*. “Sex Roles” 2002, nr 46.
- FRIEDMAN R.R.: *Weight bias: The need for public policy*. Dostępne w Internecie: <http://www.obesityaction.org/aboutobesity/obesitystigma/WeightBiasPolicyRuddReport.pdf> [data dostępu: 10.02.2012].
- GĄSIOR K.: *Wychowawca wobec zagrożeń związanych z przemocą rówieśniczą — rozpoznawanie i zapobieganie*. W: *Agresja dzieci i młodzieży. Uwarunkowania indywidualne, rodzinne i szkolne*. Red. I. PUFAL-STRUZIK. Kielce, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP Sp. z o.o., 2007.
- GIBBS W.W.: *Obrastanie w tłuszcz*. „Świat Nauki” 1996, nr 10.
- GIDDENS A.: *Socjologia*. Przeł. A. SZULŻYCKA. Warszawa, PWN, 2008.
- GIERCZYK M., NAROJEK L., TRZECIAK K.: *Porównanie modelu żywienia oraz stylu życia mężczyzn z niedokrwinną chorobą serca w okresie poprzedzającym zawał oraz osób zdrowych*. „Żywienie Człowieka i Metabolizm” 2004, T. 31, nr 2.
- GIERULA M.: *Skuteczność reklamy a manipulacja danymi socjologicznymi*. „Aida — Media. Teoria i Praktyka Reklamy” 1994, nr 2.
- GIL R., DZIEDZICZKO A.: *Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby*. „Zdrowie Publiczne” 2004, nr 114 (2).

- GILBERT S.: *Pathology of eating. Psychology and treatment*. London, Routledge & Kegan Paul, 1986.
- GŁĘBOCKA A., WIŚNIEWSKA A.: *Psychologiczny portret kobiet otyłych*. W: *Wizerunek ciała. Portret Polek*. Red. A. GŁĘBOCKA, J. KULBAT. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, 2005.
- GNITECKI J.: *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*. Zielona Góra, WSP im. T. Kotarbińskiego, 1993.
- GOFFMAN E.: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Przeł. A. DZIERŻYŃSKA, J. TOKARSKA-BAKIR. Gdańsk, GWP, 2005.
- GRELA E.R., CZECH A., PANIAK P., MUSIAŁ K.: *Czynniki wpływające na współczesne uwarunkowania żywieniowe w opinii wybranej grupy studentów*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2003, T. 30, nr 1—2.
- GRONNINGER J.T.: *A semiparametric analysis of the relationship of body mass index to mortality*. “American Journal of Public Health” 2006, nr 98.
- GROSSBERG L.: *We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture*. New York, Routledge, 1992.
- GRZESIAK K., ZINKIEWICZ B.: *Poradnik. Kim zostanie moje dziecko?* Kraków, MEN, 2011.
- HEBL M.R., XU J.: *Weighting the care: Physicians; reactions to the size of patients*. “International Journal of Obesity” 2001, nr 25.
- HERMAN C.P., POLIVY J.: *Stress induced eating and eating induced stress (reduction?)*. *A response to Robbins and Fray*. “Appetite” 1980, nr 1.
- HEROLD G.: *Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla studentów medycyny i lekarzy*. Warszawa, PZWL, 2001.
- HESSEN-KLEMENS J.: *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław—Warszawa—Kraków—Gdańsk, Ossolineum, 1979.
- HILL A.J., SILVER E.K.: *Fat, friendless and unhealthy: 9 year-old children's perception of body shape stereotypes*. “International Journal of Obesity” 1995, nr 19.
- HORST K. VAN DER, OENEMA A., FERREIRA I., WENDEL-VOS W., GISKES K., LENTHE F. VAN, BRUG J.: *A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth*. “Health Education Research” 2007, Vol. 22, nr 2.
- HSIUNG R.C.: *Suggested principles of professional ethics for the online provision of mental health services*. “Telemedicine Journal and E-Health” 2001, nr 7.
- HUSSIN M., FRAZIER S., THOMPSON J.K.: *Fat stigmatization on YouTube: A content analysis*. “Body Image. An International Journal of Research” 2011, nr 8. Dostępne w Internecie: www.elsevier.com/locate/bodyimage [data dostępu: 03.06.2011].
- IYER P.: *The Global village finally arrives*. “Time” 1993, Fall, Special Issue.
- JABŁOW M.: *Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców*. Przeł. M. PRZYLIPIAK. Gdańsk, GWP, 2000.
- JABŁOŃSKI L.: *Mierniki zdrowia*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WRÓŃSKA. Stalowa Wola, Wydział Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 2000.
- JANOWSKI A.: *Pedagogika praktyczna. Zarys problematyki — zdrowy rozsądek — wyniki badań*. Warszawa, Fraszka Edukacyjna, 2007.

- JAROSZ M.: *Światowe, europejskie i rządowe strategie poprawy zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*. W: *Praktyczny podręcznik dietetyki*. Red. M. JAROSZ. Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia, 2010.
- JODKOWSKA M., OBLACIŃSKA A., TABAK I.: *Epidemiologia otyłości u młodzieży w okresie pokwitania w Polsce*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatкови? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*. Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 2006.
- JUCZYŃSKI Z., OGIŃSKA-BULIK N.: *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Red. Z. JUCZYŃSKI, N. OGIŃSKA-BULIK. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003.
- JUSSIM L., PALUMBO P., CHATMAN C., MADON S., SMITH A.: *Piętno a samospełniające się proroctwa*. W: *Spółeczna psychologia piętna*. Red. T.F. HEATHERTON, R.E. KLECK, M.R. HEBL, J.G. HULL. Przeł. J. RADZICKI, M. SZUSTER, T. SZUSTOWA. Warszawa, PWN, 2008.
- KANG J.: *Cyber-race*. "Harvard Law Review" 2000, nr 113.
- KANIASTY K.: *Kłęsa żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańsk, GWP, 2003.
- KARSKI B., SŁOŃSKA Z., WASILEWSKI B.W.: *Promocja zdrowia*. Warszawa, Sanmedia, 1994.
- Karta Ottawska (1986)*. Przeł. J.B. KARSKI. W: *Promocja zdrowia*. Red. J.B. KARSKI, Z. SŁOŃSKA, B.W. WASILEWSKI. Warszawa, Sanmedia, 1994.
- KASCHACK E.: *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Przeł. J. WĘGRODZKA. Gdańsk, GWP, 1996.
- KASL S.V., COBB S.: *Health behavior, illness behavior and sick role behavior*. "Archives of Environmental Health" 1966, 12.
- KAWULA S.: *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych*. Toruń, Akapit, 2004.
- KAWULA S.: *Rozważania o przedmiocie pedagogiki społecznej*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne” 2005, nr 2 (34).
- KAWULA S.: *Wsparcie społeczne — kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996, nr 1.
- KAWULA S.: *Współczesne wyzwania i zadania pedagogiki społecznej*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne” 2004, nr 2 (30).
- KENRICK D.T., NEUBERG S.L., CIALDINI R.B.: *Psychologia społeczna*. Przeł. A. NOWAK. Gdańsk, GWP, 2002.
- KICKBUSCH I., HATCH S.: *A reorientation of health care?* In: *Self-help and health in Europe*. Eds. S. HATCH, I. KICKBUSCH. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1983.
- KILICARSLAN A., ISILDAK M., GUVEN G.S., OZ S.G., TANNOVER M.D., DUMAN A.E., SASACBASIO O., SOZEN T.: *Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity in an adult population*. "Journal of the National Medical Association" 2006, nr 98.
- KING E.B., SHAPIRO J.R., HEBL M.R., SINGLETARY S.L., TURNER S.: *The stigma of obesity in customer service: a mechanism for remediation and bottom-line consequences of interpersonal discrimination*. "Journal of Applied Psychology" 2006, nr 91.

- KING S.A., MOREGGI D.: *Internet therapy and self-help groups — the pros and cons*. In: *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implication*. Ed. J. GACKENBACH. San Diego, Academic Press, 1998.
- KINSTON W., MILLER L., LOADER P., WOLFF H.O.: *Revealing sex differences in childhood obesity by using a family systems approach*. "Family Systems Medicine" 1990, nr 8 (4).
- KIRK C.: *Poskromienie smoka diety*. Przeł. B. MORYŃ. Łódź, Ravi, 1996.
- KŁOSKOWSKA A.: *Kultury narodowe wobec globalizacji a tożsamość jednostki*. „Kultura i Społeczeństwo” 1997, nr 2.
- KNYPL K.: *Nadwaga i otyłość — problemy terapeutyczne*. „Medycyna Rodzinna” 2001, nr 4 (1).
- KOLATA G.: *W szponach obżarstwa*. „The New York Times” z 31.10.2006 r. Dostępne w Internecie: <http://portalwiedzy.onet.pl/11123,1369179,czasopisma.html> [data dostępu: 02.11.2006].
- KOŁAKOWSKI L.: *Niepokój wieku naszego*. „Gazeta Wyborcza” 2002, nr 28.
- KOŁAJTIS-DOŁOWY A., WEBER M.: *Analiza treści reklam żywnościowych w programach polskiej telewizji publicznej*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 1999, T. 26, nr 3.
- KONARZEWSKI M.: *Na początku był głód*. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy, 2005.
- KORPOROWICZ V.: *Zdrowie i jego społeczne odniesienia*. W: *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Red. V. KORPOROWICZ. Warszawa, Szkoła Główna Handlowa, 2004.
- KOSSOWSKI P.: *Dziecko i reklama telewizyjna*. Warszawa, Żak, 1999.
- KOZIEL S., KOŁODZIEJ H., ULJASZEK S.L.: *Parental education, body mass index and prevalence of obesity among 14-year-old boys between 1987 and 1997 in Wrocław, Poland*. "European Journal of Epidemiology" 2000, nr 16.
- KOZŁOWSKI S., NAZAR K.: *Wprowadzenie do fizjologii klinicznej*. Warszawa, PZWL, 1984.
- KOZŁOWSKI W.: *System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży*. W: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*. Red. J.C. CZABAŁA. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
- KRAJEWSKI M.: *Konsumpcja i współczesność. O pewnej perspektywie rozumienia świata społecznego*. „Kultura i Społeczeństwo” 1997, nr 3.
- KRAWCZYK Z.: *Kultura fizyczna a styl życia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 5/6.
- KROTKIEWSKI M.: *Epidemia otyłości*. „Nowa Medycyna” 1997, nr 4 (15).
- KULMATYCKI L.: *Zdrowie jako wartość*. „Promotor Zdrowia” 2000, nr 1 (19).
- LALLUKKA T., LAAKSONEN M., MARTIKAINEN P., SARLIO-LAHTENKORVA S., LAHELMA E.: *Psychosocial working conditions and weight gain among employees*. "International Journal of Obesity" 2005, nr 29.
- LALONDE M.: *A New perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa, Government of Canada, 1978.
- LATNER J.D., ROSEWALL J.K., SIMMONDS M.B.: *Childhood obesity stigma: Associations with television, videogame and magazine exposure*. "Body Image. An International Journal of Research" 2007, nr 4.

- LAZARUS R.S., FOLKMAN S.: *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984.
- LEE S.K., SOBAL J., FRONGILLO E.A., OLSON C.M., WOLFE W.S.: *Parity and body weight in the United States: differences by race and size of place of residence*. "Obesity Research" 2005, nr 13.
- LEVI-STRAUSS C.: *Antropologia strukturalna*. Przeł. K. POMIAN. Warszawa, KR, 2000.
- LINGOWSKA I.: *Geneza i rola grup samopomocy w promocji zdrowia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1998, nr 14.
- LIPOWICZ A., GRONKIEWICZ S., MALINA R.M.: *Body mass index, overweight and obesity in married and never married men and women in Poland*. "American Journal of Human Biology" 2002, nr 14.
- ŁUSZCZYŃSKA A.: *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa, PWN, 2007.
- ŁUSZCZYŃSKA A.: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk, GWP, 2004.
- MADARA E.J.: *Maximizing the potential for community self-help through clearing-house approaches*. "Prevention in Human Services" 1990, nr 7.
- MALEWSKI A.: *Zagadnienia psychologii społecznej*. Warszawa, PWN, 1962.
- MALINOWSKI A.: *Problem normy w antropologii i anatomii prawidłowej*. W: *Antropologia a medycyna i promocja zdrowia*. T. 3. Red. A. MALINOWSKI, H. STOLARCZYK, W. LORKIEWICZ. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2000.
- Mała encyklopedia medycyny*. T. 1. Warszawa, PWN, 1982.
- MARCINKOWSKI J.T.: *Ekologiczne i higieniczne uwarunkowania zdrowia*. W: *Podstawy higieny*. Red. J.T. MARCINKOWSKI. Wrocław, Volumed, 1997.
- MARYNOWICZ-HETKA E.: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, PWN, 2006.
- MASHEB R.M., GRILO C.M.: *Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder*. "International Journal of Eating Disorder" 2006, nr 39.
- MATHY S.C., EVERSON-ROSE S.A., HAAN M.N., RAGHUNATHAN T.E., KAPLAN G.A.: *Education, income, occupation and the 34-year incidence (1965—1999) of Type 2 diabetes in the Alameda County Study*. "International Journal of Epidemiology" 2005, nr 34.
- MATYJA A.: *Przyczyny powstawania grupowych form pomocy*. „Auxilium Sociale. Wsparcie Społeczne” 2004, nr 1 (29).
- MAZURKIEWICZ E.A.: *Sprawność działania socjalnego w pedagogice społecznej Heleny Radlińskiej. U źródeł zastosowań prakseologii w pracy socjalnej*. Wrocław, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1983.
- MAZURKIEWICZ F.: *Podstawy wychowania zdrowotnego*. W: *Higiena i ochrona zdrowia*. Red. Z.J. BRZEZIŃSKI, C. KORCZAK. Warszawa, PZWL, 1978.
- MCDERMOTT W.: *Czynniki demograficzne, kulturowe i ekonomiczne a stadia rozwoju medycyny*. W: *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*. Red. E. KILBOURNE, W. SMILLIE. Przeł. J. LEOWSKI. Warszawa, PZWL, 1973.
- MCINTYRE R.S., KONARSKI J.Z., WILKINS K., SOCZYŃSKA J.K., KENNEDY S.H.: *Obesity in bipolar disorder and major depressive disorder: results from a National Community Survey on Mental Health and Well-being*. "Canadian Journal of Psychiatry" 2006, nr 51.

- MELOSIK Z.: *Edukacja zdrowotna i kultura popularna. Problemy i kontrowersje*. W: *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Red. V. KORPOROWICZ. Warszawa, Szkoła Główna Handlowa, 2004.
- MELOSIK Z.: *McDonald's, tożsamość i zdrowie*. W: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Red. Z. MELOSIK. Toruń—Poznań, Edytor, 1999.
- MICHALSKA A.: *Inwazja tłuszczu*. „Nowe Państwo” 2005, nr 3.
- MILLER C.T., MAJOR B.: *Radzenie sobie z piętnem i uprzedzeniem*. W: *Spółeczna psychologia piętna*. Red. T.F. HEATHERTON, R.E. KLECK, M.R. HEBL, J.G. HULL. Przeł. J. RADZICKI, M. SZUSTER, T. SZUSTOWA. Warszawa, PWN, 2008.
- MITTELMARK M.B.: *Social ties and health promotion: suggestion for population-based research*. “Health Education Research” 1999, nr 4.
- Narodowy Program Zdrowia 1996—2006. W: E. SYREK: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007—2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Dostępne w Internecie: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [data dostępu: 28.01.2009].
- National Institutes of Health: *Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults — the evidence report*. “Obesity Research” 1998, no 6, suppl. 2.
- NELSON T.D.: *Psychologia uprzedzeń*. Przeł. A. NOWAK. Gdańsk, GWP, 2003.
- NIEMIEROWSKA R.M.: *To, co najważniejsze? Zdrowie w kulturze antycznej*. „Promotor Zdrowia” 2000, nr 1 (19).
- NIEWIADOMSKA I., KULIK A., HAJDUK A.: *Jedzenie*. Lublin, Kaudium, 2005.
- North American Association for the Study of Obesity. Dostępne w Internecie: <http://www.obesityonline.org/slides/slide01.cfm?tk=44&dpg> [data dostępu: 12.12.2008].
- NOWAK S.: *Metody badań socjologicznych*. Warszawa, PWN, 1965.
- NOWAKOWSKI P.T.: *Fast food dla mózgu czyli telewizja i okolice*. Tychy, Maternus Media, 2002.
- OBLACIŃSKA A.: *Epidemiologia otyłości*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- OGDEN J.: *Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych*. Przeł. R. ANDRUSZKO. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011.
- OGIŃSKA-BULIK N.: *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2004.
- OGIŃSKA-BULIK N., CHANDUSZKO-SALSKA J.: *Psychologiczna charakterystyka kobiet z nadwagą i otyłością*. „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica” 2000, nr 4.
- OGIŃSKA-BULIK N., GUTOWSKA-WYKA A.: *Spostrzegana kontrola a zwyczaje żywieniowe u nastolatków z nadwagą*. „Sztuka Leczenia” 2003, T. 9, nr 1.
- OSSOWSKI R.: *Psychologia a zdrowie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola, Wydział Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 2000.

- OSTASZEWSKA A.: *Popkulturowe ramy tożsamości. Media, kultura popularna, internet jako nowe środowiska kształtowania tożsamości*. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012.
- OSTASZEWSKI K.: *Nowe definicje poziomów profilaktyki*. „Remedium” 2005, nr 2.
- OSTROWSKA A.: *Prozdrowotne style życia*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1997, nr 10/11.
- OSTROWSKA A.: *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa, IFiS PAN, 1999.
- OSTROWSKA K.: *Przemoc w szkole: rozmiary, przejawy, uwarunkowania osobowościowe*. W: *Przemoc w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych*. Red. I. POSPISZYL. Warszawa, Katedra Psychopedagogiki Resocjalizacyjnej WSPS, Instytut Badań Edukacyjnych, 1997.
- Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. 17—21 November 1998, Ottawa, Ontario, Canada.
- OWCZAREK S.: *O otyłości i odchudzaniu*. Warszawa, AWF, 1989.
- PADEZ C.: *Trends in overweight and obesity in Portuguese conscripts from 1986 to 2000 in relation to place of residence and educational level*. “Public Health” 2006, nr 120.
- PALCZEWSKA I.: *Ocena nadmiaru masy ciała i rozmieszczenia tkanki tłuszczowej*. W: *Otyłość. Jak leczyć i wspierać dzieci i młodzież*. Red. A. OBLACIŃSKA, B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 1995.
- PALSKA H.: *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*. Warszawa, IFiS PAN, 2002.
- PARSONS T.: *Struktura społeczna a osobowość*. Przeł. M. TABIN. Warszawa, PWE, 1969.
- PAWŁUCKI A.: *Rozważania o wychowaniu*. Gdańsk, AWF, 1994.
- PIĄTKOWSKI W.: *Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002.
- PIETRUSZEWSKI K.: *Medycyna rodzinna*. „Przegląd Lekarski” 1986, 43, nr 7.
- PLUSKOTA K.: *Internetowe sieci wsparcia*. „Edukacja Zdrowotna” 2008, Vol. 6, nr 2.
- Prewencja w podstawowej opiece zdrowotnej. Przewodnik dla lekarzy rodzinnych i studentów*. Łódź, Fundacja „Wszystko dla Zdrowia”, 1995.
- Promoting physical activity for health — a framework for action in the WHO European Region*. Dostępne w Internecie: http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_edoc10.pdf [data dostępu: 14.08.2008].
- PRZEWOŹNIAK L.: *Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. T. 1. Red. A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, W.C. WŁODARCZYK. Kraków, Vesalius, 2000.
- PRZYSŁAWSKI J., GRYGIEL B.: *Ocena sposobu żywienia grupy kobiet otyłych w okresie przed menopauzą i po menopauzie*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 2003, T. 30, nr 1—2.
- PUHL R.M., HEUER C.A.: *Public opinion about laws to prohibit weight discrimination in the United States*. “Obesity Journal” 2011, Vol. 19, nr 1.
- PUPEK-MUSIALIK D.: *Otyłość jako problem medyczny i społeczny. Nowe trendy terapii*. „Terapia” 2002, nr 10 (1), z. 1.

- RABIN B.A., BOEHMER T.K., BROWNSON R.C.: *Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe*. "European Journal of Public Health" 2006, nr 6.
- RADLIŃSKA H.: *Pedagogika społeczna*. Warszawa, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1961.
- RADOSZEWSKA J.: *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych*. „Nowiny Psychologiczne” 1993, nr 4.
- RADOSZEWSKA J.: *Z badań nad tożsamością osób otyłych*. „Nowiny Psychologiczne” 1994, nr 4.
- RICHARDSON A.: *Health promotion through self-help: the contribution of self-help groups*. In: *Health promotion research*. Eds. B. BANDURA, I. KICKBUSCH. Copenhagen, WHO Regional Publications. European series, nr 37, 1991.
- RITZER G.: *Makdonaldyzacja społeczeństwa*. Przeł. L. STAWOWY. Warszawa, Muza, 2003.
- ROBBINS T.W., FRAY P.J.: *Stress induced eating: facts, fiction or misunderstanding*. "Appetite" 1980, nr 1.
- ROBERTSON R.: *Globalization. Social theory and global culture*. London, Sage, 1992.
- RUDZIK J.: *Wybrane społeczno-ekonomiczne i zdrowotne aspekty nadwagi*. „Medycyna — Dydaktyka — Wychowanie” 1999, 31, nr 3—4.
- RUTKOWSKI J.: *Inwazja grubasów. Brytyjczycy to najtłustszy naród Europy*. „Polish Express” z 02.04.2007 r. Dostępne w Internecie: <http://wiadomosci.onet.pl/1402471,2678,kioskart.html> [data dostępu: 04.04.2007].
- SARLIO-LAHTENKORVA A., SILVENTOINEN K., LAHELMA E.: *Relative weight and income at different levels of socioeconomic status*. "Journal of Public Health" 2004, nr 94.
- SCHLOSSER E.: *Kraina fast foodów. Ciemna strona amerykańskich szybkich dań*. Przeł. L. NIEDZIELSKI. Warszawa, Muza, 2005.
- SĘK H.: *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Red. D. KUBACKA-JASIECKA, A. LIPOWSKA-TEUTSCH. Kraków, All, 1997.
- SĘK H.: *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa, PWN, 1991.
- SĘK H.: *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*. W: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Red. Z. JUCZYŃSKI, N. OGIŃSKA-BULIK. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2003.
- SĘK H., CIEŚLAK R.: *Wsparcie społeczne — sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. SĘK, R. CIEŚLAK. Warszawa, PWN, 2004.
- SHERIDAN C.L., RADMACHER S.A.: *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Przeł. A. DODZIUK. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1998.
- SHIELDS M.: *Overweight and obesity among children and youth*. "Health Reports" 2006, nr 17.
- SKARŻYŃSKA K.: *Nieakceptowana odmienność a relacje społeczne. Konstruowanie piętna. Przedmowa do wydania polskiego*. W: *Społeczna psychologia piętna*. Red. T.F. HEATHERTON, R.E. KLECK, M.R. HEBL, J.G. HULL. Przeł. J. RADZICKI, M. SZUSTER, T. SZUSTOWA. Warszawa, PWN, 2008.

- SŁOŃSKA Z.: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1—2.
- SŁOŃSKA Z., MISIUNA M.: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa, Agencja Promo-Lider, 1994.
- SOBAL J., RAUSCHENBACH B.S.: *Gender, marital status and body weight in older U.S. adults*. “Gender Issues” 2003, nr 21.
- SOKOŁOWSKA M.: *Idee zdrowia i choroby w socjologii*. W: *Społeczeństwo i socjologia. Księga poświęcona Profesorowi Janowi Szczepańskiemu*. Warszawa—Wrocław—Kraków—Gdańsk—Łódź, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1985.
- SOKOŁOWSKA M., HOŁÓWKA I., OSTROWSKA A.: *Socjologia a zdrowie*. Warszawa, PWN, 1976.
- SOMER E.: *Wpływ jedzenia na nastrój*. Przeł. G. LUTOŚLAWSKA. Warszawa, Amber, 1995.
- SØRENSEN J.B., SKOVGAARD T., PUGGAARD L.: *Exercise on prescription in general practice: A systematic review*. *Scandinavian*. “Journal of Primary Health Care” 2006, 24.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Oprac. Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych. Warszawa 2011.
- STANGOR C., SCHALLER M.: *Stereotypy jako reprezentacje indywidualne i zbiorowe*. W: *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Red. C.N. MACRAE, C. STANGOR, M. HEWSTONE. Przeł. M. MAJCHRZAK. Gdańsk, GWP, 1999.
- STAROSTA W.: *Znaczenie aktywności ruchowej w zachowaniu i polepszaniu zdrowia człowieka*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, nr 5/6.
- STUNKARD A.J., BURT M.: *Obesity and the body image: II. Age of onset of disturbances in the body image*. “American Journal of Psychiatry” 1967, nr 123.
- STUNKARD A.J., FAITH M.S., ALLISON K.C.: *Depression and obesity*. “Biological Psychiatry” 2003, nr 54.
- SURZYKIEWICZ J.: *Agresja i przemoc w szkole*. Warszawa, CMPPP, 2000.
- SYREK E.: *Reprodukcja kulturowa a socjalizacja zdrowotna*. W: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Red. Z. ŻUKOWSKA, R. ŻUKOWSKI. Warszawa, Estrella, 2002.
- SYREK E.: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1997.
- SYREK E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2000.
- SYREK E., BORZUCKA-SITKIEWICZ K.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Sp. z o.o., 2009.
- SZCZEPANKOWSKA B.: *Otyłość — czy przeszkadza nam w pracy? Rozmowa z dr Magdaleną Białkowską*. „Bezpieczeństwo Pracy” 2003, nr 12.
- SZCZEPAŃSKI J.: *Konsumpcja a rozwój człowieka*. Warszawa, PWE, 1981.
- SZOSTAK W.B.: *Otyłość — problem o rosnącym znaczeniu na przełomie wieków*. „Medycyna po Dyplomie” 2000, marzec—kwiecień, wydanie specjalne.
- SZYMOCHA M., BRYŁA M., MANIECKA-BRYŁA I.: *Epidemia otyłości w XXI wieku*. „Zdrowie Publiczne” 2009, nr 119 (2).
- ŚLIWERSKI B.: *Nowe konteksty (dla) edukacji alternatywnej XXI wieku*. Kraków, Impuls, 2001.
- ŚWIERCZYŃSKI J., KOCHAN Z., KARBOWSKA J.: *Geny otyłości*. „Postępy Biochemii” 1997, nr 43 (3).

- TABAK I.: *Psychospołeczne skutki otyłości*. W: *Jak pomóc otyłemu nastolatкови? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Poradnik dla pielęgniarek szkolnych i nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach*. Red. A. OBLACIŃSKA, I. TABAK. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 2006.
- TARANOWICZ I.: *Zachowania w zdrowiu i chorobie*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002.
- TATOŃ J.: *Otyłość — patofizjologia, diagnostyka, leczenie*. Warszawa, PZWL, 1985.
- TATOŃ J.: *Zarys patogenezy otyłości*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1995, nr 50, supl. 1.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.
- TOBIASZ-ADAMCZYK B., BAJKA J., MARMON G.: *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*. Kraków, Collegium Medicum UJ, 1996.
- URAMOWSKA-ŻYTO B.: *Nauki społeczne a zachowania medyczne*. „Żywnienie Człowieka i Metabolizm” 1997, T. 24, nr 3.
- WADDEN T.A., STUNKARD A.J.: *Social and psychological consequences of obesity*. “Annals of Internal Medicine” 1985, nr 103.
- WALLACE P.: *Psychologia Internetu*. Przeł. T. HORNOWSKI. Poznań, Rebis, 2003.
- WANG Y., BEYDOUN M., LIANG L., CABALLERO B., KUMANYIKA SK.: *Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic*. “Obesity” 2008, 16 (10).
- WAWRZAK-CHODACZEK M.: *Rola środków masowego przekazu w promocji zdrowia*. W: *Styl życia a zdrowie. Dylematy teorii i praktyki*. Red. Z. CZAPLICKI, W. MUZYKA. Olsztyn, Polskie Towarzystwo Pedagogiczne, 1995.
- WĄSALA P.: *O amerykanizacji polskiej telewizji publicznej*. „Kultura i Społeczeństwo” 1996, nr 2.
- WEMMER U.: *Nadwaga i otyłość*. „Medycyna Biologiczna” 2000, z. 4.
- WILLIAMS T.: *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1989, nr 7—8.
- WINETT R.A., ANDERSON E.S., WHITELEY J.A., WOJCIK J.R., ROVNIAN L.S., GRAVES K.D., GAPER D.I.: *Church-based health behavior programs: Using social cognitive theory to formulate interventions for at-risk populations*. “Applied and Preventive Psychology” 1999, nr 8.
- WINETT R.A., TATE D.F., ANDERSON E.S., WOJCIK J.R., WINETT S.G.: *Long-term weight gain prevention: A theoretically based Internet approach*. “Preventive Medicine” 2005, nr 41.
- WINIARSKI M.: *Od opieki do wsparcia społecznego*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1999, nr 5.
- WINSTANLEY S., DIVES L.: *Effects on mood of a bogus weight gain*. “European Eating Disorder Review” 2005, nr 13.
- WŁODARCZYK C., POŹDZIOCH S.: *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*. W: *Zdrowie publiczne — wybrane zagadnienia*. T. 1. Red. A. CZUPRYNA, S. POŹDZIOCH, A. RYŚ, W.C. WŁODARCZYK. Kraków, Vesalius, 2000.
- WOJTYNIAK B., GORYŃSKI P.: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Warszawa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, 2008.

- WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa, PWN, 2008.
- WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna w szkole*. W: *Zdrowie i szkoła*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, PZWL, 2000.
- WOYNAROWSKA B.: *Promocja zdrowia*. W: *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, 1995.
- WOYNAROWSKA B.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, 1993.
- WOYNAROWSKA B., BURZYŃSKA I., OBLACIŃSKA A.: *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w wieku 11—15 lat w Polsce 1990—1994*. „Lider” 1995, nr 11/12.
- WRÓBLEWSKI T., MIECHOWIECKA N.: *Patologia. Podręcznik dla średnich szkół medycznych*. Warszawa, PZWL, 1992.
- WSZĘDYRÓWNY M.: *Zachowania zdrowotne*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. BARAŃSKI, W. PIĄTKOWSKI. Wrocław, Atut, 2002.
- WYKA J., ŻECHAŁKO-CZAJKOWSKA A.: *Sposób żywienia z elementami stylu życia 40-letnich mężczyzn z Wrocławia w aspekcie zagrożenia chorobami układu krążenia. Cz. II. Witaminy. Składniki mineralne*. „Żywienie Człowieka i Metabolizm” 2004, T. 31, nr 3.
- WYLEŻOŁ M.S., PARDELA M.S.: *Miejsce chirurgii w leczeniu otyłości*. „Wiadomości Lekarskie” 2003, nr 56 (3—4).
- YOUNG I.: *Jak wspierać rozwój i zdrowie młodzieży. Pakiet edukacyjny zgodny z koncepcją i metodami pracy szkoły promującej zdrowie*. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2011.
- ZAWADA A.: *Reklama a socjalizacja społeczna dzieci i młodzieży*. W: *Media i edukacja w aspekcie globalizacji*. Red. A.W. MITAS, Z. GAJDZICA. Cieszyn, Uniwersytet Śląski, 2003.
- ZEBROWITZ L.A.: *Wygląd zewnętrzny jako podstawa stereotypizacji*. W: *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Red. C.N. MACRAE, C. STANGOR, M. HEWSTONE. Przeł. M. MAJCHRZAK. Gdańsk, GWP, 1999.
- ZIEMSKI S.: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa, Wiedza Powszechna, 1973.
- ZNANIECKI F.: *Nauki o kulturze: narodziny i rozwój*. Przeł. J. SZACKI. Warszawa, PWN, 1971.
- ZUBRZYCKA E.: *Schudnąć bez diety. Mity na temat nadwagi*. Gdańsk, GWP, 2002.
- ŻARKIEWICZ-PACAK A.: *Wpływ programów telewizyjnych na dzieci w wieku szkolnym w dobie globalizacji*. W: *Media i edukacja w aspekcie globalizacji*. Red. A.W. MITAS, Z. GAJDZICA. Cieszyn, Uniwersytet Śląski, 2003.

Źródła internetowe

- <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:PL:PDF> [data dostępu: 28.01.2009].
- <http://grubababa.ask.blink.pl/rzeczy.html>
- <http://www.4fat.pl>
- <http://www.5xlclub.pl>
- <http://www.apz.pl/poradnia.php?p=pomed&q=nadwiotyl&s=czestotliwoscodzywia> nia [data dostępu: 26.09.2004].

- <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> [data dostępu: 18.09.2013].
- http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [data dostępu: 28.01.2009].
- <http://www.odchudzanie.org.pl>
- <http://www.xl-pozytywnie.pl>
- Obesity and overweight*. Ed. World Health Organization. Dostępne w Internecie: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> [data dostępu: 13.08.2006].
- Obesity in Europe*. Ed. World Health Organization. Dostępne w Internecie: <http://www.euro.who.int/obesity> [data dostępu: 16.10.2006].
- Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Ed. World Health Organization. Dostępne w Internecie: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf [data dostępu: 20.09.2013].
- The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Ed. World Health Organization. Dostępne w Internecie: http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_edoc06.pdf [data dostępu: 14.08.2008].

Karina Leksy

Being overweight — psycho-social and pedagogical-educational contexts

Summary

Currently, the phenomenon of being overweight constitutes an extremely important health problem of contemporary societies and, at the same time, is characterized by a large complexity both from the point of view of its frequency of occurrence, causes, consequences, as well as ways of defining, diagnosing, and suggested therapeutic approaches. It is especially the epidemiological data showing a constant increasing tendency of overweight and obesity that provide funding for the very phenomenon being developmental in nature. What is also characteristic is the fact that being overweight has become the problem of the public health fairly recently in many countries, and is not a marginal phenomenon in Poland when it comes to its epidemiological and developmental dimension either. From the point of view of education, however, what is particularly alarming is an increase in obesity determinants among children and the youth. The variety and complexity of the problem is to a large extent determined by the possible causes of being overweight and obese, among which, again, it is impossible to indicate one factor or situation that would be responsible for the epidemic of obesity in industrialized countries. In this case, one often mentions genetic inclinations for putting on weight, and inheriting overweight which an individual has no influence on. At the same time, one should not forget about individual choices related to health, as well as psychological factors and personality features. In the context of possible causes of the occurrence and maintenance of overweight and obesity, a lot of attention was paid to the most important components of a lifestyle, such as eating habits and the level of physical activity, them being the elements that currently play the biggest role in the etiology of the very phenomenon, and are its most popular determinants. Also, modern mass culture and its components, especially an aggressive food commercial, play a crucial role here.

The main aim of the publication is an attempt to diagnose the role of overweight in a psycho-social functioning of people in their life environment. The research findings may contribute to paying greater attention to the problems overweight people face, the basis of which are often negative social experiences related to the appearance of an individual. Besides, in terms of pedagogy, the very results may contribute to discussing issues connected with not only a healthy lifestyle, but

also the role of an attitude of intolerance, as well as sensitizing to the need of acceptance on various levels of education. At the same time, basing on the diagnosis of the very phenomenon, the author's suggestion of preventative and educational influences directed at promoting a healthy lifestyle, and an attitude of tolerance towards other people in a school environment is offered.

Karina Leksy

Übermäßiges Körpergewicht — psychosoziale und pädagogische Aspekte

Zusammenfassung

Die in heutigen Gesellschaften auftretende Erscheinung des übermäßigen Körpergewichtes stellt sich als ein sehr großes Gesundheitsproblem dar. Das Problem ist komplex, und das sowohl hinsichtlich dessen großer Häufigkeit, dessen Ursachen und Folgen, als auch hinsichtlich verschiedener Methoden dessen Definierung, Diagnostizierung und Behandlung. Epidemiologische Daten zeigen immer mehr steigende Tendenz zum Übergewicht und zur Fettleibigkeit auf und zeugen von einem Entwicklungscharakter des Phänomens. Das ist der Zug der Zeit, dass in vielen Ländern (darunter auch in Polen) übermäßiges Körpergewicht erst seit kurzem zum öffentlichen Gesundheitsproblem wurde. Epidemiologisch gesehen ist es in Polen kein marginales Problem; gesellschafts-pädagogisch gesehen ist aber der stetige Wachstum der Anzeichen der Fettleibigkeitsverbreitung bei Kindern und Jugendlichen besonders alarmierend. Von einer Komplexität des Problems zeugen in hohem Maße verschiedene potentiale Ursachen des Übergewichts und der Fettleibigkeit; es ist aber unmöglich, einen einzigen Faktor oder Umstand zu nennen, die für die Fettleibigkeitsepidemie in industrialisierten Ländern verantwortlich wären. Oft spricht man von genetischer Veranlagung zur Korpulenz, was soll heißen, dass eine Person darauf keinen Einfluss hat, dass sie ihr Übergewicht erbt. Man soll aber nicht von psychologischen Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften des Menschen und von seinen individuellen, seine Gesundheit betreffenden Entscheidungen vergessen. In ihrer Abhandlung schenkt die Verfasserin viel Aufmerksamkeit solchen potentiellen Ursachen und Determinanten des Übergewichts und der Fettleibigkeit, wie: Lebensweise, Ernährung, Bewegungsaktivität. Keine geringfügige Rolle spielt dabei die gegenwärtige Massenkultur und deren Elemente, mit einer aggressiven Werbung für Lebensmittel an der Spitze.

Das Hauptziel der Abhandlung ist, die Bedeutung des übermäßigen Körpergewichtes für psychosoziales Leben der Menschen in ihrem Lebensraum zu erforschen. Die Forschungsergebnisse können dazu beitragen, dass die Probleme der korpulenten Personen, deren oft negative, ihr Aussehen betreffende, soziale Erfahrungen zugrunde liegen, richtig wahrgenommen werden. Auf dem Gebiet der Pädagogik können diese Ergebnisse dazu beitragen, dass auf verschiedenen Bildungsstufen die mit gesundem Lebensstil verbundenen Fragen und die Toleranz-

und Akzeptanzprinzipien verbreitet werden. Aufgrund ihrer eigenen Diagnose des Phänomens schlägt die Verfasserin einige prophylaktische Maßnahmen und Lernmaßnahmen zur Förderung des gesunden Lebens und der Toleranz gegenüber den Mitschülern vor.

Na okładce wykorzystano zdjęcie autorstwa Jacka Leksy

Redaktor
Agnieszka Plutecka

Projektant okładki
Magdalena Starzyk

Redaktor techniczny
Barbara Arenhövel

Korektor
Aleksandra Gaździcka

Łamanie
Edward Wilk

Copyright © 2013 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-2181-3

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 11,5. Ark. wyd. 14,5.
Papier offset, kl. III, 90 g. Cena 22 zł (+ VAT)

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.
M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław



Karina Leksy

doktor nauk humanistycznych
w zakresie pedagogiki, adiunkt
w Katedrze Pedagogiki Społecznej
Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.
Zainteresowania naukowo-badawcze
autorki związane są z obszarem
pedagogiki społecznej, pedagogiki
zdrowia oraz socjologii zdrowia
i choroby, ze szczególnym
uwzględnieniem znaczenia kultury
masowej dla zdrowia i psycho-
społecznego funkcjonowania dzieci,
młodzieży oraz osób dorosłych.
Najważniejsze publikacje: *Negatywne
skutki wizualizacji kobiecego ciała
w kulturze współczesnej*. „Auxilium
Sociale Novum” 2008, nr 1–2;
*Psychospołeczne problemy
funkcjonowania osób z nadmierną
masą ciała*. „Auxilium Sociale
Novum” 2012, nr 1–2; *Kultura
popularna a styl życia – konteksty
edukacyjne*. „Pedagogika Społeczna”
2012, nr 2 (44).

Cena 22 zł (+ VAT)

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-2181-3